COLLOQUE DE FORMATION

Montréal les 3, 4 et 5 juin 1987 à l'Hôtel du Parc

LES JEUNES, L'ALCOOL ET LES DROGUES

Textes d'accompagnement

Québec

Colloque de formation

Les jeunes, l'alcool et les drogues

recueil à l'usage des participant(e)s

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Service de formation-réseau

en collaboration avec
le Centre de formation continue
Faculté de l'éducation permanente
Université de Montréal

avec la participation financière de
la Brasserie Molson

Hôtel du Parc
Montréal
les 3, 4 et 5 juin 1987

Ce recueil a été préparé dans le but de favoriser une plus grande participation aux activités du Colloque ainsi qu'une intégration meilleure des contenus qui y seront accessibles. Aussi les activités sont-elles présentées une à une et en ordre chronologique: une courte biographie des invité(e)s - sauf pour les personnes-ressources de la présentation d'affiches - et un texte ou canevas d'accompagnement permettent de mieux situer chacune des interventions. De plus, le document n'ayant été reprographié qu'au recto, cela rend possible la prise de notes à ceux et celles qui le désirent.

Les intervenant(e)s invité(e)s sont responsables de la production des textes et canevas d'accompagnement; toute reproduction, totale ou partielle, de ces contenus ne peut donc être faite sans le consentement des auteur(e)s concerné(e)s.

Conception et réalisation: PIERRE BRISSON - Mai 1987

SOMMAIRE

LETTRES DE PRÉSENTATION DES PARTENAIRES IMPLIQUÉS

Vue d'ensemble des trois jours du Colloque 1

Plans des salles de l'Hôtel du Parc 2

Conférence d'ouverture 5
texte d'accompagnement

Conférence thématique (Ken Low) 24
choix de texte

Session plénière 40
canevas d'accompagnement

- C.E.C.M. 40
- Le Bar Ouvert 43
- C.L.S.C. Le Norois 46

Présentation d'affiches 48

Ateliers thématiques 50
textes ou canevas d'accompagnement

- Atelier no 1 50
- Atelier no 2 53
- Atelier no 3 56
- Atelier no 4 67
- Atelier no 5 73
- Atelier no 6 76
- Atelier no 7 78
- Atelier no 8 84
- Atelier no 9 87
- Atelier no 10 88
- Atelier no 11 90
- Atelier no 12 96
- Atelier no 13 97

Conférence thématique (Marc Valleur) 104
texte d'accompagnement (à venir)

Panel (Jeunesse, toxicomanie et délinquance) 106

Projections
fiches descriptives des documents 107

Panel (Le vécu des jeunes...) 110

LE COMITÉ SCIENTIFIQUE DU COLLOQUE

****

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale des relations de travail

Chers collègues,
Chères collègues,

C'est avec beaucoup d'enthousiasme que nous vous souhaitons la plus cordiale bienvenue au Colloque de formation sur le thème Les jeunes, l'alcool et les drogues.

Réunir à un même forum les intervenants et les intervenantes des réseaux de la Santé et des Services sociaux, de l'Education, de la Justice, des organismes communautaires et des organismes bénévoles; réfléchir sur la qualité des interventions menées auprès des jeunes en matière de toxicomanie; discuter des façons d'intégrer les actions respectives et resserrer les liens afin de créer un véritable réseau d'aide à la jeunesse québécoise. Voilà un défi important auquel nous sommes tous et toutes conviés et que nous espérons relever avec chacun et chacune d'entre vous.

Durant nos trois jours de travaux l'emphase sera mise d'une part, sur la dimension de la prévention pour laquelle nous avons une action éducative à mener auprès des jeunes et d'autre part, sur l'aspect de la réadaptation où nous avons à développer une action mieux intégrée au milieu de vie des jeunes, de leur famille et de leurs proches.

Enfin, nous tenons à remercier tous ceux et celles qui se sont impliqués dans la réalisation du présent colloque et souligner l'exceptionnel regroupement des diverses ressources de tous les milieux impliqués.

.../2

815, ave Joffre
Québec, QC
G1S 3L8

Puisse donc ce colloque répondre aux attentes réciproques et susciter l'émergence d'une collaboration renouvelée et créatrice dans le support que nous avons tous et toutes à offrir aux jeunes.

Le Service de formation-réseau
MSSS

Le Service de toxicomanie
MSSS

Université de Montréal
Faculté de l'éducation permanente

Chères participantes et chers participants,

Ce n'est pas sans une certaine fierté que nous vous accueillons à ce colloque dont le but est de permettre aux intervenants/tes d'explorer des avenues de collaboration. En effet, l'organisation même de cette rencontre en est une de collaborations: un ministère, celui de la Santé et des Services sociaux, s'est adjoint les services d'une université, l'Université de Montréal, tandis que l'industrie privée, la Brasserie Molson, contribue au financement de l'activité. Plus encore: parmi les participants, on compte des intervenants du réseau des affaires sociales, de l'éducation et de la justice ainsi que des bénévoles qui, côte à côte, recevront la même formation. Il s'agit certes d'une orchestration qui, à notre connaissance, est une première dans ce domaine. Et c'est le sujet même du colloque qui a suscité un tel regroupement.

La jeunesse, l'alcool et les drogues: des sujets d'actualité qui préoccupent, qui inquiètent. C'est parfois, tout simplement, parce que l'on a peur: peur des drogues, que la rumeur veut toutes puissantes, peur de la jeunesse, face à laquelle on se sent à la fois responsable et coupable dans les années 80. Pour les intervenants, dont l'ambition est de contribuer à «régler les problèmes», la perpective est légèrement différente: on voudrait posséder de l'information pour mieux comprendre, avoir de meilleures habiletés pour intervenir.

C.P. 6128, succursale A
Montréal (Québec)
H3C 3J7

Les activités de ce colloque tentent de répondre à ces attentes: la conférence de Ken Low fait l'état de la question sur la prévention, celle de Marc Valleur, sur la toxicomanie; les responsables des principales actions préventives menées à travers le Québec présentent leurs programmes; les ateliers abordent les problématiques plus particulières des jeunes aux prises avec des problèmes liés aux psychotropes; la parole des jeunes est entendue par ce qu'ils disent à l'écran; finalement, et surtout, des stratégies de concertation pourront être établies sur une base régionale. Ces thèmes, qui furent élaborés à partir d'un sondage réalisé auprès des intervenants, sont une réponse aux besoins de formation de ceux et celles qui, dans leur pratique, ont à interagir avec des jeunes qui, comme nous tous, ont à développer une saine gestion des drogues.

Il me reste à remercier les collègues qui ont rendu possible une telle rencontre: les membres du Comité scientifique, ceux du Comité d'organisation, ceux du Comité sociétal de Maison ainsi que le personnel de la Faculté de l'éducation permanente et du MSSS. Et à vous, un colloque stimulant!

Louise Nadeau

Louise Nadeau

présidente du Comité scientifique

MOLSON

Chère participante,
Cher participant,

C'est avec grand plaisir que la Brasserie Molson se joint à l'Université de Montréal et au ministère de la Santé et des Services sociaux pour la tenue de cet important colloque sur les toxicomanies.

Cette association, la première du genre au Québec, qui pour certains peut paraître contradictoire, s'inscrit dans la philosophie de notre entreprise.

Nous sommes conscients des problèmes d'alcool et de drogue que vivent les jeunes aujourd'hui. C'est pourquoi nous avons demandé en 1984 à l'Institut de Recherches cliniques de Montréal, de mettre sur pied un projet de sensibilisation à l'alcoolisme chez les jeunes.

De là est né le "Bar Ouvert", document vidéo interactif assisté d'un ordinateur, qui connaît depuis ses débuts, un vif succès dans toutes les institutions d'enseignement où il est installé. Vous aurez d'ailleurs l'occasion, au cours de ce colloque, d'entrer en communication avec Jean-Paul, le barman du "Bar Ouvert".

Si cette campagne de sensibilisation à l'alcoolisme chez les jeunes reçoit un accueil si positif, c'est grâce à l'excellent travail des membres du comité de coordination de "Bar Ouvert" qui sont: M. Yves Therrien, directeur du Service aux étudiants de l'Université de Montréal; M. Pierre Lamarche, directeur général de Domrémy Montréal; les Dr Robert Perreault, directeur de la promotion de la santé et Michel Bourque, directeur du Centre des technologies de l'information de l'Institut de Recherches cliniques de Montréal; Mme Louise Nadeau, responsable du Certificat de toxicomanies à l'Université de Montréal; M. Pierre Crépin, directeur des ventes de Montréal à la Brasserie Molson et M. André Leblanc, directeur du Service aux étudiants du Collège Champlain.

LA BRASSERIE MOLSON DU QUÉBEC LIMITÉE
1555, rue Notre-Dame est, Montréal (Québec) H2L 2R5, Tél.: (514) 521-1786, TELEX 055-60399, TWX 610-421-3717

Nous remercions l'Université de Montréal et le ministère de la Santé et des Services sociaux de nous avoir offert de collaborer au présent colloque qui, nous le croyons, jettera une lumière nouvelle sur les problèmes de toxicomanie chez les jeunes.

Bon colloque à tous!

Jacques Allard
Président

COLLOQUE DE FORMATION

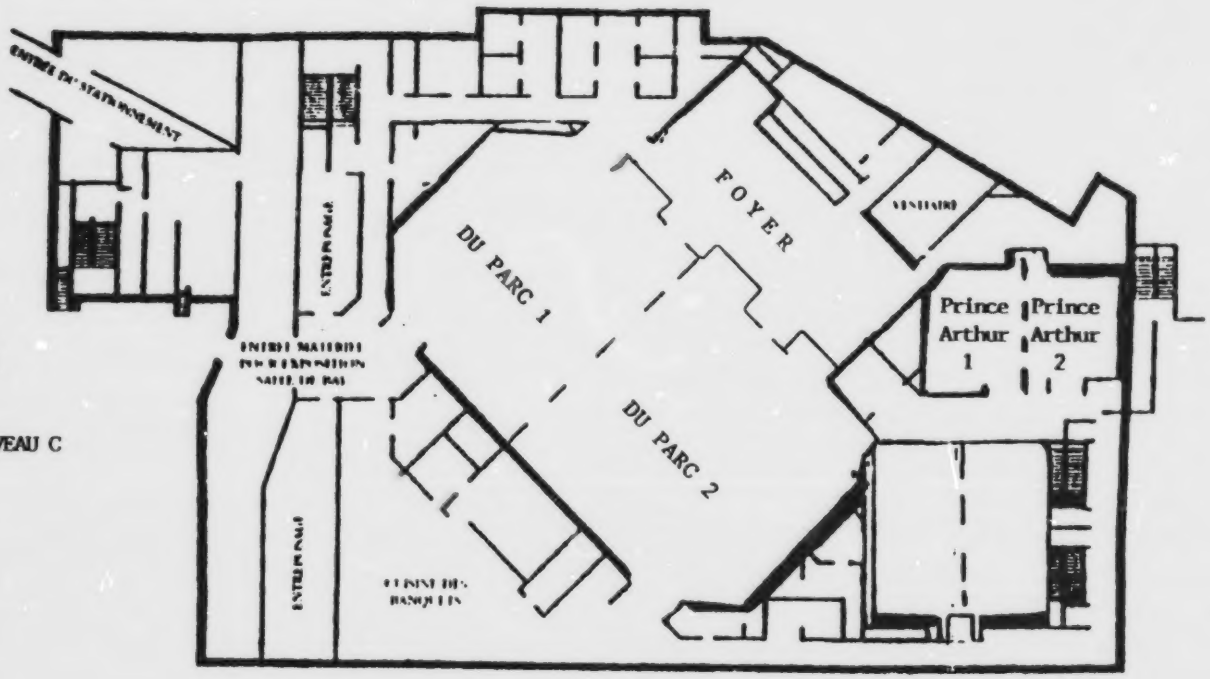
Les jeunes, l'alcool et les drogues

Montréal, juin 1987

		MERCREDI 3 JUIN	JEUDI 4 JUIN	VENDREDI 5 JUIN
AM	8	**Période d'inscription**		
	9	**Bienvenue** **Conférence d'ouverture** Pierre Paquin	**Treize ateliers thématiques** Les savoir-faire	**Projection** Trois documents québécois
	10	PAUSE	PAUSE	PAUSE
	11	**Conférence thématique** Ken Low	**Treize ateliers thématiques** Reprise	**Débat avec panel** C.-Y. Desrochers Sylvain Legault Marcel Simard **Clôture** Louise Nadeau
	12	DINER	DINER	DINER
PM	14	**Session plénière** CECM Bar Ouvert CLSC Le Norois	**Conférence thématique** Marc Valleur	**Onze ateliers régionaux de concertation**
	15	PAUSE	PAUSE	PAUSE
	16	**Présentation d'affiches** Vingt programmes de prévention québécois	**Débat avec panel et plénière** Maurice Barker Jacques Dionne Roch Tremblay	**Suite des ateliers régionaux**
	17			
SOIR		**21:00h.** SOIRÉE DANSANTE		

JOUR 1: 3 JUIN 1987.

PLAN DES SALLES



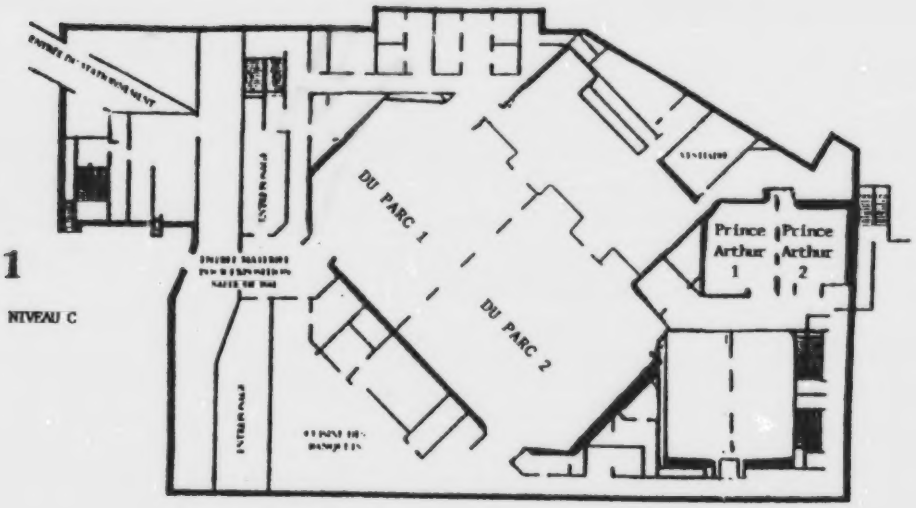
1

NIVEAU C

	SALLE	ACTIVITE
A M :	Foyer	. Inscription
	Salons du Parc 1 et 2	. Mot de bienvenue; . Conférence d'ouverture; . Conférence thématique.
P M :	Foyer	. Présentation d'affiches
	Salons du Parc 1 et 2	
	Salons Prince-Arthur 1 et 2	

JOUR 2: 4 JUIN 1987.

PLAN DES SALLES



1

NIVEAU C

AM : Prince-Arthur 1 Atelier thématique: #10
Prince-Arthur 2 Atelier thématique: #11
Du Parc 1 Atelier thématique: # 6
Du Parc 2 Atelier thématique: #13

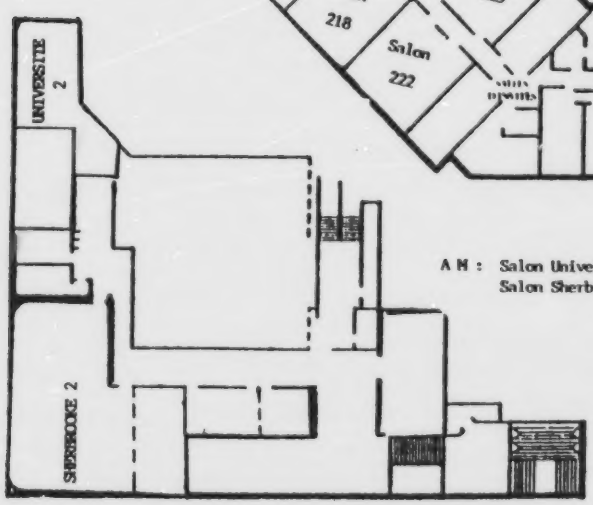
PM : Du Parc 1 et 2: . Conférence thématique;
. Débat avec panel et plénière.

2 E ETAGE

AM : Salon 204 Atelier thématique: # 2
Salon 222 Atelier thématique: #12
Salon 223 Atelier thématique: # 3
Salon 214 Atelier thématique: # 4
Salon 215 Atelier thématique: # 5
Salon 218 Atelier thématique: # 7
Salon 219 Atelier thématique: # 9

3

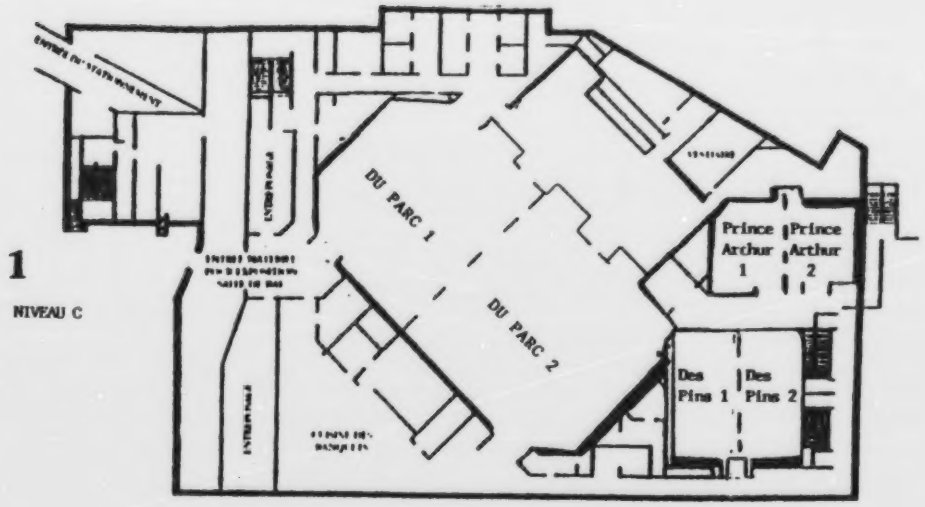
MULTIS-CONGRES



AM : Salon Université 2 Atelier thématique: # 1
Salon Sherbrooke 2 Atelier thématique: # 8

JOUR 3: 5 JUIN 1987.

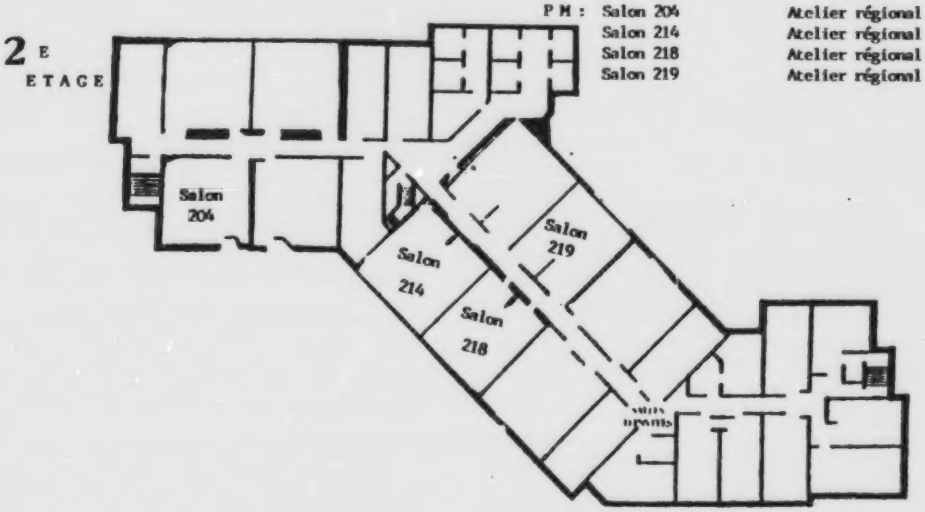
PLAN DES SALLES



1 NIVEAU C

AM : Du Parc 1 et 2: . Projections;
. Débat public avec panel;
. Mot de clôture.

PM : Du Parc 1 — Atelier régional – région 07
Du Parc 2 — Atelier régional – région 06A
Prince-Arthur 1 — Atelier régional – région 09
Prince-Arthur 2 — Atelier régional – région 06B
Des Pins 1 — Atelier régional – région 03
Des Pins 2 — Atelier régional – région 06C



2E ETAGE

PM : Salon 204 — Atelier régional – région 01
Salon 214 — Atelier régional – région 04
Salon 218 — Atelier régional – région 05
Salon 219 — Atelier régional – région 08

Mercredi a.m.
9h.15

CONFÉRENCE D'OUVERTURE

□ Pierre PAQUIN,
Formé en Psychologie à l'UQAM, il enseigne actuellement au Certificat de Toxicomanies de l'Université de Sherbrooke, en plus d'avoir agi comme conférencier à plusieurs occasions sur la question des drogues. Intervenant au Centre de réadaptation Alternatives depuis 1977, il est également co-fondateur du Bureau de Consultation en Toxicomanie de Montréal.

LES JEUNES ET LEURS VALEURS

L'adolescence est, d'un point de vue social, un phénomène propre à nos sociétés industrielles de cette seconde moitié du XXè siècle. Bien sûr, de tout temps les enfants ont grandi, se sont développés pour devenir des hommes et des femmes, mais ce n'est qu'autour des années '50 que l'on a commencé à reconnaître l'adolescence en tant que phénomène particulier. Jusque-là, le passage de l'enfance à l'âge adulte se faisait presque sans transition, le mariage, l'atteinte de la majorité à 21 ans ou l'entrée dans les ordres tenant lieu de rite initiatique. Depuis une trentaine d'années, à cause de leur poids démographique indéniable, les jeunes de la génération des "babyboomers" sont reconnus comme une catégorie d'individus à part entière à laquelle on s'adresse de façon très spécifique et également très économique. Les jeunes ont cessé d'être rapidement intégrés à la chaîne de production de la société, comme cela se passait autrefois au sein de l'entreprise agricole familiale, en revanche, ils se trouvent précipités dans un monde qui leur apprend très rapidement à exercer leur rôle de consommateurs.

A qui s'adresse-t-on lorsque l'on parle des jeunes? En gros, il s'agit de la clientèle en âge de fréquenter l'école secondaire, soit des jeunes garçons et filles de 13 à 18 ans environ. Dans les faits, et surtout depuis quelques années, il n'est pas rare que nous rencontrions des jeunes gens de 20, 22, parfois même 24 ans qui présentent au sein de leur dynamique plusieurs éléments inhérents à l'image que l'on se fait de l'adolescent: il demeure encore chez ses parents, étudie ou n'a pas d'emploi, manque de maturité, est révolté, bref ne dispose pas de l'autonomie matérielle et psychologique d'un adulte. Ceci est dû à plusieurs facteurs, mais plus particulièrement au fait que notre société prolonge artificiellement l'adolescence afin de retarder l'arrivée dans le monde adulte et sur le marché du travail de personnes dont elle n'a nul besoin et pour lesquelles elle ne présente aucun débouché.

L'adolescent est une personne fragile, vivant un état de transition aussi total que fragile, marqué au coin de sa toute première et combien difficile démarche de recherche d'identité. S'il nous arrive, à différents moments

de notre vie, de traverser des passages difficiles, des remises en question, de douter de nous-mêmes, jamais ce processus ne sera vécu avec autant d'acuité et de détresse qu'au moment de l'adolescence, parce qu'ils s'agit d'une première bien sûr, et aussi parce que c'est à ce moment que l'individu subit les transformations les plus nombreuses et les plus radicales. C'est un changement d'être complet, aux plans physique, affectif, intellectuel, moral et social.

Un état d'être qui serait interprété pour un adulte comme une dynamique très perturbée, voire psycho-pathologique, est tout-à-fait normal chez un adolescent: angoisses, insomnies, idées suicidaires, contradictions dans les paroles, paradoxes dans les comportements, instabilité émotive, maladresses dans ses mouvements sont autant de manifestations du changement profond qui s'opère. Il convient de ne pas perdre de vue que l'adolescence, phénomène vécu par un individu, est aussi une situation qui concerne tout le système entourant cet individu, i.e. sa famille, ses amis, ses compagnons d'étude ou de travail, ses professeurs, tous sont touchés, directement ou indirectement par les répercussions de ces changements subits.

La recherche d'identité se vit à travers un processus d'expression fondamentalement réactionnel, le jeune va s'opposer à toute valeur établie, contester toute forme d'autorité, refuser d'obéir à quelque ordre que ce soit, c'est en s'opposant qu'il se définit, comme si ses convictions, plutôt que d'émerger de son monde intérieur, lui étaient suggérées de l'extérieur. C'est également le moment de la vie ou les attentes de la famille et de l'école se font plus exigeantes et plus nombreuses, allant dans le sens de l'autonomie et de la responsabilité, situation qui amène le jeune à vivre beaucoup de tensions. Emotivement, le jeune est instable et a beaucoup de mal à comprendre le monde autour de lui, à assumer ses responsabilités aussi nouvelles que nombreuses et à vivre les conséquences des transformations de sa propre personne.

L'apparition des caractères sexuels primaires et secondaires, entre autres, le rend timide et contribue davantage à lui donner une perception de lui-même plutôt faiblarde et maladroite, à mesure qu'il perçoit la différence entre lui-même et le ou les modèles idéaux et souvent inaccessibles qui lui sont présentés. Dans un premier temps, l'adolescence est l'âge du groupe, de la

"gang". On recherche la compagnie de gens du même sexe, ayant les mêmes goûts, et on choisit une ou deux personnes au sein du groupe avec qui il devient possible de parler, de partager, de se confier.

N'étant pas assez fort pour s'affirmer individuellement, l'adolescent est donc naturellement porté à se fondre dans son groupe et à en adopter les habitudes tant aux plans du vocabulaire que de la coiffure, des vêtement, de la musique, des attitudes face aux sports, au travail, à l'école. Même ses relations avec ses parents et avec les autres jeunes du sexe opposé seront conditionnés par les valeurs du groupe. C'est ainsi que le jeune arrive à s'identifier et à se bâtir une certaine sécurité; c'est à ce moment que l'approbation du groupe et la reconnaissance par les pairs sont prioritaires sur tout le reste, on est prêt à tous les sacrifices pour s'intégrer au groupe et y maintenir sa place, on est extrêmement sensible aux pressions des amis et, d'une façon générale, l'adolescent est donc à cette période de sa vie un être très influençable.

On retrouve aussi divers groupes d'adolescents adoptant plusieurs styles qui sont autant de modes d'expression de leur recherche et de valeurs, qu'on pense un instant aux jeunes punk, preps, granola, rockers ou jesus, quel que soit leur nom, leur couleur ou leur coiffure, ils représentent autant de formes d'une même réalité: l'union fait la force et c'est dans le groupe que le jeune trouve les racines de son existence individuelle.

Le jeune, durant une bonne partie de son adolescence, reçoit des adultes un message paradoxal: on le traite en enfant tout en attendant de lui qu'il performe comme un adulte. On lui donne des responsabilités mais on hésite à lui faire totalement confiance. Il a beaucoup de devoirs mais peu de droits. On veut qu'il travaille, mais on garde un droit de regard sur ses dépenses et on veut savoir où va son argent. On attend de lui qu'il se véhicule de façon autonome mais il doit rentrer pour minuit. A ce message paradoxal, l'adolescent répond par un autre paradoxe: il aime ses parents mais les défie, les envoie promener; il les estime mais leur fait mal, C'est qu'il a besoin de se détacher mais se sent encore relié au nid familial dans lequel il a passé la majeure partie de son existence jusque-là.

Il se renferme sur lui-même mais a besoin de communication. Il aime à discuter, échanger, est fortement porté à tout remettre en question, à critiquer tout ce qui l'entoure, mais il attend respect et condidération de ses interlocuteurs. Le jeune a soif d'apprendre, il est animé par une grande curiosité, mais l'école n'est pas son lieu privilégié d'apprentissage. A cet âge, ses principales sources d'influence sont ses amis, ses héros les mass-média. Ses parents, les valeurs familiales jouent encore un grand rôle, mais il résiste à le reconnaître, il a besoin de voies nouvelles.

Les jeunes des années 1980 sont les jeunes de l'ère électronique: arcades, walkman, ordinateurs, télévision, ils vivent presque constamment branchés sur quelque gadget électronique qui ont pour effet, à la longue, de modifier leur façon de voir et de percevoir le monde. Ils s'expriment par la parole, le mode écrit étant dépassé parce que trop lent et trop laborieux, ils vivent dans leur monde bien à eux où tout est rapide, instantané, interactif, ils ont parfois autant de dialogues avec les machines qu'avec les personnes.

Pourtant, ces mêmes jeunes rêvent d'une famille stable, d'une union durable avec leur partenaire, sont fidèles en amour, veulent faire de l'argent et n'attendent que l'occasion d'exprimer leur créativité, d'exercer leur esprit d'entreprise. La qualité de leur environnement leur tient à coeur et ils font aussi attention à leur forme physique, à leur alimentation, à leur sommeil. Ils prennent des drogues, mais pas n'importe lesquelles, on veut bien des risques, mais ceux-ci doivent être calculés.

Cependant, les jeunes à qui l'information sur la sexualité est accessible comme jamais elle ne l'a été, qui disposent de toute une variéré de moyens contraceptifs, continuent à vivre à 80% leur première relation sexuelle sans protection aucune, continuent à recourir chaque année par milliers à l'avortement pour mettre un terme à des grosesses non désirées.

Pourtant, les jeunes à qui la médecine moderne offre l'expérance de vie la plus longue que le genre humain n'ait jamais envisagée, ne voient aucun avenir pour eux et sont convaincus de devoir un jour mourir à l'ombre du gros champignon atomique.

Pourtant, les jeunes qui n'ont pas de perspective d'emploi, qu'on garde à l'école année après année pour retarder le moment de leur arrivée sur un marché du travail sursaturé pour des années encore, qui dénoncent la faim dans le monde et le honteux gaspillage de nos ressources collectives en armements et engins de guerre, sont plus arrivistes et individualistes que jamais, rejetant l'engagement social, boudant les manifs, ignorant les partis politiques.

Notre époque troublée s'adresse aux adolescents en leur offrant des choix cruciaux face auxquels ils auront à se positionner. Des défis à relever, mais aussi des embûches à rencontrer. Que feront-ils? Quelle sera leur réaction?

Il importe que nous nous penchions sur leur démarche et que l'on essaie de les accompagner du mieux que nous le pouvons car, après tout, leur avenir c'est un peu beaucoup, le nôtre aussi...

LA CONSOMMATION DE DROGUES

Depuis plusieurs années maintenant, les intervenants-jeunesse ont pu constater que la consommation de produits psychotropes à des fins non-médicales fait partie intégrante des habitudes de vie des adolescents, situation qui ne manque pas d'inquiéter, voire de troubler une société qui ne sait trop interpréter le phénomène ni quelle attitude adopter face à cette banalisation par les jeunes d'un comportement considéré comme hautement problématique par le monde adulte.

Tous les jeunes consomment-ils? Que consomment-ils et pourquoi? Au cours des dix dernières années, on ne compte plus le nombre de rapports, études, sondages et enquêtes consacrées à ce sujet, toutes démarches menées dans l'espoir d'enfin amener une compréhension du problème afin qu'émerge la solution tant attendue. Cependans, la grande majorité de ces études ont été menées sur une base locale, par des gens animés de bonnes intentions certes, mais qui souvent ne disposaient pas au plan méthodologique, de la formation scientifique indispensable à la conception, l'administration d'un sondage ainsi qu'à la compilation et surtout à l'interprétation des données obtenues.

Au plan de la validation externe des résultats, il est fort difficile d'établir des parallèles avec d'autres régions du Québec ou du Canada, ou même des U.S.A., puisque les questions ne sont pas posées de la même façon d'une étude à l'autre, les catégories de substances considérées n'étant pas les mêmes par exemple, ou encore du fait que les bassins de population ne soient pas du même âge. De plus, ces enquêtes, le plus souvent réalisées à l'échelle d'une seule polyvalente ou encore d'une Commission scolaire de taille moyenne, ne tiennent pratiquement compte que de la seule population étudiante, presque toujours des élèves du niveau secondaire, alors que l'on sait fort bien de par notre pratique que nombreux sont les jeunes consommateurs qui ne fréquentent plus l'école. Et ceci est encore plus vérifiable au niveau des jeunes surconsommateurs que leurs problèmes ont amenés à abandonner leurs études, volontairement ou non.

Au fond, la multiplicité de ces sondages-maison, leur manque de congruence et la taille souvent réduite de leur échantillonnage témoignent avant tout d'une cruelle réalité, à savoir que nous, adultes, éducateurs de carrière, intervenants de profession et souvent parents de surcroît, ne connaissons pas très bien l'état de la consommation adolescente. Afin de tout de même tenter tout au moins de dégager les grandes lignes caractérisant la consommation de drogues chez les jeunes, nous avons pensé nous référer à quatre ouvrages principaux, qui ont l'avantage soit d'offrir une perspective longitudinale ou encore de considérer un échantillonnage de répondants plus large, donc plus représentatif, que celui visé par la plupart des ouvrages effectués à ce jour.

Il s'agit d'un sondage effectué pour le Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social du Canada par la firme "Canadian Gallup Poll Ltd", publié en 1982, de l'étude comparative menée par la C.E.C.M. auprès des étudiants du cours secondaire en 1976 et 1984, d'une autre étude comparative menée cette fois par Yves Lamontagne et Robert Elie auprès d'étudiants de niveau collégial à Montréal en 1978 et 1984, et enfin de l'enquête réalisée par le Conseil de la Santé et des Services Sociaux de l'Outaouais en 1985.

L'une des divergences majeures constatées à travers la consultation d'un ensemble d'études menées au Québec depuis les six ou sept dernières années porte sur la définition de l'usage par rapport à l'abus des drogues. Car tous les jeunes, à l'instar de ce que l'on peut constater chez les adultes, n'entretiennent pas la même relation avec les substances auxquelles ils s'adonnent. Personne, je l'espère du moins, ne place dans le même sac le jeune qui fume un joint pour voir quel effet il peut ressentir et cet autre adolescent qui, lui, consomme du matin au soir. Il importe de faire la distinction très nette entre les divers types de rapports qu'un jeune peut établir avec la drogue, afin de nuancer notre perception de la situation et de préciser le portrait réel que nous nous en faisons, afin de dissiper toute ambiguité.

Ainsi, nous avons établi les six catégories suivantes d'utilisateurs, qui recouvent l'ensemble du phénomène de la consommation chez les jeunes.

- Le jeune non-consommateur, ou abstinent: celui qui n'a jamais consommé ou encore ne consomme plus aucune substance psychotrope.

- le jeune explorateur: celui qui consomme plus ou moins fréquemment, durant une période donnée de sa vie, à une étape précise de son développement; il veut savoir de quoi il s'agit, recherche des sensations nouvelles, veut expérimenter de nouveaux "feeling". La drogue est ici objet de curiosité, l'instrument par lequel le jeune surmonte sa peur face à lui-même et aux autres. La grande majorité (85%) des adolescents font une consommation exploratoire des drogues à un moment ou l'autre.

- le jeune consommateur occasionnel: celui qui va consommer des drogues à certains moments bien précis, où dans des circonstances particulières dont le choix lui appartient (fêtes, spectacles, événements spéciaux); il va consommer lorsque se présente une occasion propice, sa motivation a trait au plaisir et à la socialisation, la consommation est un événement circonscrit dans le temps, il s'agit d'un comportement conscient, délibéré, intégré.

- le jeune consommateur régulier: celui qui consomme avec une fréquence répétitive, à raison par exemple de une à quelques fois par semaine; souvent la dépendance psychologique est présente ici, en ce sens que la consommation représente un moment important et souhaité par le jeune, que celui-ci va effectuer des démarches et même se donner de la peine pour se procurer la drogue et ainsi l'occasion d'en faire usage; les raisons réelles sous jacentes à la consommation sont ici encore réactionnelles mais peuvent également s'inscrire davantage dans la personnalité ou le mode de vie du jeune, presque tous les amis de ce jeune sont des consommateurs

- le jeune surconsommateur: celui qui consacre la plus grande partie de son temps, de ses énergies et de son argent à se procurer de la drogue, à la consommer, à en parler, à y penser; souvent adepte de plusieurs substances à la fois, celles-ci ont une fonction centrale dans sa vie, ce jeune se re-

trouve dans la catégorie "prédisposé à la toxicomanie". Sa relation à la drogue conditionne et influence ses liens familiaux, le choix de ses amis, ses comportements sociaux, performances scolaires ainsi que sa perception de lui-même et sa vision de l'avenir. Un tel niveau de consommation est bien sûr sous-tendu par toute une gamme de problèmes de vie reliés au contexte dans lequel le jeune évolue et à sa façon de négocier avec ce contexte. Cette problématique est très souvent celle de toute la famille, le jeune et son système ont besoin d'une aide extérieure pour faire les apprentissages essentiels au changement de dynamique qui s'impose.

- le jeune usager abusif ou problématique: celui qui, indépendamment de la fréquence de sa consommation, a tendance à consommer de grandes quantités de substance, ou encore à mélanger ensemble des quantités importantes de diverses substances; ce consommateur fait usage de drogues de façon irrégulière et incontrôlée, soit par manque d'informations pertinentes, mais surtout parce que la consommation correspond pour lui à un relâchement du contrôle, à une compensation, à un défoulement ou une anesthésie de ses problèmes de vie; ce jeune a également besoin d'une aide extérieure pour redresser sa situation et recouvrer un taux de satisfaction acceptable dans sa vie.

Maintenant, à quelles drogues s'adonnent ces jeunes? Ici, l'ensemble des études consultées nous apprend d'une voix presque unanime que les principales substances de consommation sont dans l'ordre: l'alcool, la cigarette, les dérivés du cannabis (marijuana et haschich), les psychédéliques (acide et mescaline) et viennent ensuite, avec des pourcentage beaucoup plus réduits, les stimulants et tranquilisants, les solvants et l'héroïne. A ce niveau, certaines tendances se dégagent relativement à l'évolution de la consommation au fil des dernières années. Nous constatons une nette régression, de 30% environ de la consommation de la cigarette, bien que cette dernière demeure la substance consommée la plus régulièrement par les jeunes, ce qui nous amène à penser que les jeunes fumeurs de nicotine, pour la plupart, s'adonnent à cette substance de façon permanente et en quantité importante, soit pratiquement un paquet de vingt-cinq cigarettes par jour. A ce chapitre, mentionnons que de nombreuses études

omettent de mentionner la caféine (café, thé, cola, chocolat) parmi les substances absorbées, une observation empirique nous apprendrait probablement que le café est presque aussi important dans la vie de bien des jeunes que la cigarette. L'on observe également une baisse notoire de la consommation des solvants (colle, peinture, essence), résultat combiné d'une campagne de sensibilisation aux méfaits physiologiques de cette catégorie de drogue et de l'émergence de la valorisation par les jeunes de la qualité de vie, laquelle implique des notions telles la forme physique, l'activité sportive, une alimentation plus saine, un environnement moins pollué. Il semble que l'on préfère se tourner vers d'autres produits, par exemple la cocaïne dont l'usage est de plus en plus fréquent au secondaire, et surtout au niveau collégial, en raison principalement de l'accessibilité du produit, tant au niveau de la qualité que de la quantité, et à l'abaissement des prix qui s'ensuit de façon inévitable. Notons en passant que nous ne rencontrons, tant par la littérature qu'à travers notre pratique clinique, que très peu de consommateurs de "crack", cette drogue nouvelle vague étant plus disponible et perçue généralement de façon négative par les adolescents.

Au plan des raisons sous-jacentes à la consommation, la recherche du plaisir et de l'euphorie vient en premier lieu des réponses compilées, suivie par la réduction de la gêne, la curiosité, faire comme ses amis, et obtenir une sensation de calme et de détente. Ce n'est qu'en fin de liste, et dans des proportions beaucoup moins importantes, que sont évoquées des motivations telles l'oubli des chicanes, l'oubli des problèmes, l'oubli des échecs scolaires, le dépassement de l'ennui et la recherche d'une nouvelle personnalité, raisons qui peuvent servir de prédicteurs pour l'identification d'éventuels cas de consommation problématique ou abusive. Ces résultats appuient notre assertion à savoir que si beaucoup de jeunes sont des consommateurs, réguliers ou non, des produits psychotropes, c'est une minorité qui vit cette expérience comme reliée à une problématique de vie importante ou un symptôme de déstabilisation de leur mode de vie.

D'une façon générale, les raisons reliées à la consommation exploratoire (curiosité, désir d'en faire l'expérience, voir ce que ça fait) sont surtout invoquées par les élèves les plus jeunes; on remarque à cet effet que

le taux global de consommation évolue à la hausse de façon proportionnelle et parallèle à l'évolution de l'âge des élèves, avec une tendance à la stabilisation vers 17 ou 18 ans. Ces réponses corroborent nos observations cliniques concernant le fait que la grande majorité des jeunes qui viennent nous consulter parce qu'ils vivent un "problème de drogues" sont des élèves de secondaire IV et V.

La variable "sexe" ne joue pas un rôle prépondérant à cet égard, les garçons et les filles consommant pratiquement autant les uns que les autres, pas plus d'autre part que la situation familiale, l'occupation ou le niveau de scolarité des parents. Au plan familial, deux précisions se doivent d'être apportées: d'une part, la consommation des parents joue un rôle dans la mesure où l'on retrouve plus de jeunes qui se disent consommateurs réguliers tout en étant issus de familles dont les parents sont aussi des consommateurs réguliers, et la tendance se vérifie également au niveau de l'abstinence, principalement en ce qui concerne l'alcool; de plus, le plus haut taux de consommateurs est observé chez les familles monoparentales où seul le père est présent. Peut-être cette donnée nous renseigne-t-elle sur la préparation inadéquate des hommes à assumer un rôle de soutien de famille plus spécifiquement en regard de leur capacité à dispenser amour, attention et affection, d'où des carences plus marquées à ce chapitre chez les jeunes issus de ces familles, et une tendance plus marquée à adopter des comportements de compensation.

Les jeunes de 13-18 ans, nous disent à l'unisson les principales études que nous avons sous la main, consomment donc surtout de façon soit exploratoire ou occasionnelle, à l'exception de la cigarette, principalement les fins de semaine et surtout avec des amis. Lorsqu'ils consomment à l'école, il semble que l'heure du diner soit le moment privilégié pour le faire.

Au plan des conséquences de la consommation, on retrouve le choix des amis et du type de loisirs et, chez les surconsommateurs, s'ajoutent une incidence financière importante, des aspirations nettement moins élevées au plan académique, des résultats scolaires moins intéressants, une hausse du taux d'absentéisme et enfin les jeunes de cette catégorie perçoivent moins d'encouragement à poursuivre leurs études, tant de la part de leurs parents que de leurs professeurs, que les jeunes non-consommateurs.

LES POPULATIONS A RISQUES

Si tous les jeunes consommateurs n'abusent pas des drogues et en dépit du fait que, comme nous venons de le voir, la drogue n'est pas un fléau qui submerge les écoles et avilit les élèves, il n'en demeure pas moins vrai qu'il existe parmi les adolescents ce qu'il est convenu d'appeler des populations à risques, des jeunes chez qui les produits psychotropes ont plus d'emprise sur le mode de vie. Comment reconnaître ces jeunes prédisposés à l'assuétude, quels sont les traits qui les caractérisent? Pourquoi eux s'accrochent-ils là où tant d'autres s'amusent ou se contentent de satisfaire leur curiosité?

Comme nous l'apprend l'équation de la loi de l'effet, E= SIC; les substances étant les mêmes pour tout le monde, c'est au niveau de l'individu impliqué ainsi que du contexte de vie du consommateur que nous devons orienter nos efforts pour arriver à identifier les principaux paramètres de la prédisposition à l'assuétude chez l'adolescent et en dégager une sorte de profil du jeune présentant un risque élevé de surconsommation.

L'adolescence, nous l'avons mentionné au début du présent exposé, est une période de transition rapide, caractérisée entre autres par une grande instabilité émotive et affective du sujet ainsi que par une première et souvent déchirante recherche d'identité, avec toutes les angoisses et incertitudes que comporte un tel passage dans la vie d'une personne.

Au plan des caractéristiques personnelles, le jeune qui a une faible estime de lui-même et qui n'a pas l'occasion de vivre une expérience globale de succès risque fort, à force de manque de valorisation et de reconnaissance, de développer une attitude négative face à une situation à laquelle il doit faire face. Ayant intériorisé l'expérience de l'échec répété, il en vient à se percevoir comme incompétent, manque de confiance en lui-même et se voit déjà perdant avant même que le match ne soit commencé. Il amplifie les difficultés, ne voit pas les ressources dont il peut disposer ou encore s'imagine incapable de les utiliser à bon escient,

refuse même souvent le support que son milieu peut lui offrir.

L'angoisse grandit en lui et il est porté à abdiquer, à refuser de faire face. Déjà fragile du fait de devoir traverser cette période troublée et troublante qu'est l'adolescence, le jeune voit ses perceptions négatives renforcées par son manque de références personnelles positives et son état d'isolement. Souvent, ce jeune aura peur du changement, vivra une grande crainte face à sa liberté, aura la conviction que ses efforts sont inutiles et se réfugiera dans la passivité; refusant tout effort, tout investissement personnel, il se retrouvera dans un cul-de-sac au fur et à mesure que sa perception de lui-même (ce que je suis) s'éloigne de l'image, devenue impossible à atteindre, d'un idéal trop grand pour lui (ce que je dois être). D'où l'importance primordiale pour le jeune d'être nourri positivement par son milieu, i.e. de recevoir du soutien, de l'encouragement. L'affection et l'attention, l'expérience plaisante de la réussite, de l'acceptation pour ce qu'il est et non pour ce qu'il doit tenter de devenir sont essentiels au jeune pour se bâtir une confiance en lui-même. Si l'adolescent vit une trop grande carence à ce milieu, un vide si vaste et si intolérable risque fort d'être illusoirement comblé par la première substance magique venue, pour peu que la suppression de l'angoisse et du sentiment d'échec soit au rendez-vous.

Le contexte de vie du jeune revêt ici une importance primordiale concernant le développement des attitudes face aux difficultés ressenties et en regard de l'émergence de mécanismes de réaction à l'angoisse et au sentiment d'échec qui, de toutes façons sont des éléments inéluctables dans la vie de chacun d'entre nous. S'il est impossible de ne pas ressentir un besoin de soulagement face à l'angoisse, il est tout de même possible d'apporter diverses réponses à ce besoin. Et certaines réponses peuvent être efficaces alors que d'autres, comme l'abus de drogues et d'alcool, peuvent se révéler aussi destructrices qu'illusoires.

Il existe une corrélation entre le climat familial et la prédisposition à l'assuétude. En général, les élèves sondés rapportent avoir un bon contact avec leurs parents, indépendamment de leur taux de consommation de psychotropes. Par contre, une analyse plus fine, nous ap-

prend que la discussion avec les parents de problèmes personnels existe à un degré moins élevé chez les consommateurs abusifs que chez les consommateurs et les non-consommateurs, respectivement. On constate aussi des différences semblables et allant dans le même sens au plan de la permissivité: plus on consomme, moins les parents sont considérés comme permissifs. Si l'alcool est la principale substance d'initiation à la consommation des psychotropes, et que cette initiation a lieu le plus souvent au sein même du milieu familial, on note d'autre part que le cannabis est la principale substance d'initiation aux substances illicites, et que cette fois ce rituel a lieu hors du foyer, avec des amis, et que généralement les parents sont tenus dans l'ignorance de cette consommation. Le statut légal des produits consommés semble donc également une variable déterminante au niveau du contact et de la qualité de la communication avec les parents, en regard, bien sûr, avec la permissivité anticipée que prête le jeune à ses parents en ce qui concerne certains types de drogues.

Comme le toxicomane, jeune ou adulte, est une personne qui vit une perte de pouvoir personnel et social, une difficulté croissante à négocier tant ses émotions que ses relations interpersonnelles et une peur grandissante de la répétition de l'expérience de l'échec, il est peu enclin à risquer des initiatives ou à investir dans des situations dont il considère, à tort ou à raison, le taux de risque comme trop élevé. Le degré de tolérance des proches du jeune, tant à l'égard de sa consommation que de l'ensemble de ses comportements joue un rôle primordial dans le développement du jeune adolescent.

Le fait d'être issu d'un milieu toxicomanogène, i.e. d'avoir des parents et amis surconsommateurs va bien sûr influencer le jeune dans le choix de son type de réponse à l'anxiété, comme le fait d'être issu d'un milieu familial où règnent entente et harmonie plutôt que dissension et agressivité aura un impact direct sur le taux d'anxiété auquel le jeune devra faire face. Comme on peut le constater, bien des choses en cette matière se jouent au niveau des seuils de tolérance respectifs du jeune et des personnes significatives pour lui. En ce sens, le fait d'appartenir à une famille désunie ou à un milieu déstructuré n'est jamais un facteur aussi déterminant que le type de rapports établi entre les gens en place.

La présente ou l'absence de réponses alternatives à la consommation de drogues dans une situation de vie difficile est un autre élément important, et à cet égard le niveau et le modèle de consommation de la famille sont des indices assez sûrs: la surconsommation, comme l'usage modéré, cela s'apprend en famille. L'attitude des parents est un facteur déterminant auquel le jeune va réagir en se situant, dans le cas de patterns de surconsommation de la part du père ou de la mère, soit dans la reconstitution du modèle observé, soit dans une attitude aussi excessive mais allant en sens contraire, c'est-à-dire l'abstinence et l'intolérance. La présence d'antécédants de violence au niveau familial est un autre facteur notoire de prédisposition, le fait qu'il existe un rapport violent entre les parents eux-mêmes ou dirigé des parents vers les enfants étant un élément dont le potentiel anxiogène est considérable d'une part et cette violence, lorsqu'elle est initiée par le père, étant souvent accompagnée de surconsommations d'alcool, d'autre part.

Enfin, considérons un fait important: la surconsommation de drogues chez les jeunes accompagne et est souvent subséquente à d'autres problèmes de comportements ou d'adaptation psychosociale. Ici, il existe souvent une grande confusion entre jeune surconsommateur et jeune délinquant, du fait que ces deux formes de déviance prennent souvent apparence semblable et parce que le fait de surconsommer des substances illégales, à lui seul, place le jeune en situation de délinquance en ce sens qu'il devient une personne d'âge mineur qui contrevient à la loi. Bien que les facteurs qui prédisposent à l'abus des drogues soient sensiblement les mêmes que ceux qui préparent à la délinquance, l'émergence de l'un ou l'autre comportement comme première expression de la mésadaptation au plan chronologique nous aide à mieux départager la dynamique de base de l'épiphénomène.

Autre facteur important à considérer, le fait qu'on s'initie de plus en plus tôt à certaines drogues, et à d'autres substances que l'alcool ou le cannabis, par exemple les psychédéliques et la cocaïne. Les travaux de recherche nous informent que la probabilité d'assister à l'apparition d'un comportement de consommation abusive de drogues est inversement proportionnelle à l'âge d'initiation.

BIBLIOGRAPHIE ET REFERENCES

Beauchesne, Line, L'Abus des drogues, les programmes de prévention chez les jeunes, monographies de psychologie, no.3 P.U.Q., 1986

Beauchesne, Line et Létourneau, Georges, L'Abus des drogues chez les jeunes, questions épistémologiques, in santé mentale au Québec, 1984.

Charbonneau, Claude, La situation spécifique des adolescents en regard de leur développement, février 1985

Claes, Michel, Adolescence et consommation de psychotropes, document vidéo, 1985

Cloutier, Richard, Psychologie de l'adolescence, Gaétan Morin, 1982

Cormier, Dollard, Toxicomanies: styles de vie, Gaétan Morin, 1984

Gauthier, Pierre, Les nouvelles Familles, éditions St-Martin, 1986

Godin, Jean-Gilles, Intervention, notes sur l'usage des drogues chez les adolescents, in l'Intervenant, vol. 1, no.2

Godin, Jean-Gilles, Adolescence et drogues: expérience et négociation d'autonomie, document interne écrit en 1981

Lamarche, Pierre et Rootman, Irving, Drug Use by Canadians, 1985

Lamoureux, Gilles, Adolescents et jeunes adultes, toxicomanies et polytoxicomanies, conférence lors du 8è colloque de l'AITQ, 1981

Lamoureux Gilles et Fournier, Styles et valeurs des jeunes, 1985

Lemay, Michel, J'ai mal à ma mère, éditions fleurus, 1982

Lemay, Michel, Psychopathologie juvénile, tome 2, 1985

Nadeau, Louise, Les paradoxes de l'intervention auprès des toxicomanes, in psychotropes, vol. 1 no. 3, 1984

Peele, Stanton, How Much is too Much? Prentice-Hall, 1981

Robert, Martin et Thifault, Luc, Estime de soi chez l'adolescent, La source des monts, 1985

Robert, Martin et Thifault, Luc, Mes enfants et leurs drogues, point de vue d'un parent inquiet, La source des monts, 1985

Robitaille, Thérèse, Les facteurs internes prédisposants les adolescents à la surconsommation de drogues, 1984

Tremblay, Roch, La consommation de drogues, un épiphénomène à l'adolescence, in l'Intervenant, vol. 1, no, 4, 1985

Wilkins, Jean, Consommation de drogues par l'adolescent: état du problème dans un contexte d'environnement, in l'Union médicale du Canada, mars 1979

REVUES ET DOCUMENTS

L'Actualité, Reportage spécial sur les valeurs des jeunes, mai 1984

Alternatives, Drogue-Jeunesse, et la place du Centre Alternatives dans l'intervention, nov. 1983

Alternatives, L'ABC d'ABCRA, cahier de formation des bénévoles, Alternatives, 1985

Carrefour des Affaires Sociales, Numéro spécial sur la problématique-jeunesse, hiver 1985.

Conseil des Affaires Sociales, Problématique de la consommation de drogues chez les adolescents et jeunes adultes du Montréal métropolitain, 1983

Parentaide inc., St-Joseph de Hull, Ensemble de documents et brochures destinés aux parents de jeunes toxicomanes, 1985 et 1986

Rapport final du CAP, (consultation-action-prévention), Québec, 1983-84

S'en Sortir, La guerre des pilules, vol. 9, no. 4, octobre 1986

Newsweek, Numéro spécial, juin 1986

SONDAGES ET PRINCIPALES ETUDES CONSULTES

- Canadian Gallup Poll Ltd, Santé et Bien-être Canada, mai 1982
- Conseil de la Santé et Services Sociaux de l'Outaouais, 1985 Christine Olivier,
- Commission scolaire de Chapais-Chibougamau, 1984
- Lamontagne, Yves et Elise, Robert, Consommation d'alcool et de drogues chez les étudiants du niveau collégial, étude comparative 1978-1984 in l'Union médicale du Canada.
- Poissant, I. et Crespo, M., La consommation des drogues chez les jeunes du secondaire, CECM, Montréal, 1976 et 1984. Etude comparative.
- Polyvalente de Charlesbourg, 1984
- Polyvalente l'Erablière, 1983 et 1984
- Polyvalente d'Orsainville, 1983 et 1984
- Polyvalente St-Joseph, Mont-Laurier, 1984
- Saguenay Lac St-Jean, 1981

Mercredi a.m.
10h.45

CONFÉRENCE THÉMATIQUE

□ Ken LOW,
Fondateur et président de l'Action Studies Institute (A.S.I.), son travail vise depuis des années la compréhension pratique du potentiel humain dans une perspective d'adeptation à un monde en rapide transformation. A l'emploi du Calgary Board of Education de 1970 à 1983, il s'y illustre entre autres par ses analyses novatrices dans le domaine de la prévention des problèmes de drogues, qui lui ont valu une réputation internationale. Il est également membre fondateur et actuel président du Calgary Council for Advanced Technology, collaborateur régulier à un magasine de jeunesse (Zoot Capri) et concepteur prolifique de documents et programmes axés sur le développement des habiletés chez les jeunes.

Choix de texte

Ken Low, "La prévention", in Connaissances de base en matière de drogue, vol 5, Ottawa, 1979, pp. 11 à 25.

Objectif d'apprentissage

Après avoir terminé l'étude de la présente partie, les participants pourront :

(a) définir le concept fondamental de la prévention en fonction de l'anticipation;
(b) définir la prévention primaire, secondaire et tertiaire;
(c) décrire le rapport entre les notions de prévention et de traitement.

La prévention est une mesure d'anticipation pour empêcher qu'un état de choses indésirables ne se produise. Elle se rencontre dans tous les secteurs de l'expérience humaine où des événements inopportuns sont susceptibles d'être prévus et écartés. La clef de la prévention c'est l'*anticipation*, ou l'aptitude à prendre des mesures pour devancer les situations fâcheuses avant qu'elles ne se manifestent. Pour anticiper, il faut connaître le cours probable des événements à venir ainsi que les formes d'influence qui pourraient modifier ces événements de façon prévisible.

La prévention requiert une connaissance pratique des séquences et des systèmes de causalité pertinents. L'étude des causes s'appelle l'étiologie. L'évolution des problèmes ou des états de choses indésirables peut se répartir en trois étapes générales. La première étape est cette phase où il n'existe aucun indice quant à la probabilité de l'apparition d'un problème, même s'il n'existe pas non plus de motif probant de penser que ce problème ne se manifestera pas. Lors de la deuxième étape, certains indices précoces rendent apparemment probable l'apparition d'un problème, mais d'une façon encore lointaine. Dans la troisième et dernière étape, l'apparition d'un problème est relativement certaine et imminente. Les trois étapes correspondent à la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Évidemment, pour dire à quel stade particulier un problème en est rendu, il faut s'en remettre au mode de définition de tel problème en particulier. Si, par exemple, le problème est défini comme «un important bouleversement social et personnel associé à l'usage de substances intoxicantes», l'intervention est déjà au stade tertiaire si elle a lieu au moment où une personne accuse un fort pourcentage d'absences et une productivité à la baisse (en raison de son recours aux substances intoxicantes). Si, d'autre part, on définit le problème comme «une grave atteinte physique et psychologique imputable à une intoxication chronique», alors le problème de l'absentéisme et de la diminution du rendement au travail nécessiterait probablement la prévention secondaire.

Cet étiquetage des stades est relatif et n'a de valeur que dans la mesure où il indique l'idée que l'on se fait de l'évolution précoce, médiane et finale qui marque l'apparition d'un problème en particulier.

Le Comité d'experts de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), chargé d'étudier la dépendance à l'égard des drogues, a donné, au sujet de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, une définition à laquelle on a souvent recours. Cette définition comporte certains éléments qui semblent la lier à un modèle précis des problèmes d'intoxication – le modèle de l'affection physique. En essayant d'adapter la définition à ce modèle précis, on a échafaudé toutes sortes d'hypothèses tacites, ce qui fait que les définitions s'engagent dans une impasse logique. Selon la définition de l'OMS, la prévention tertiaire «retarde ou arrête la progression d'un trouble ou d'un problème *même si l'affection de base persiste*». Comment, alors, établir la distinction entre la prévention tertiaire et une prévention secondaire inadéquate, de conception médiocre, ou marginalement efficace? La prévention tertiaire, toujours selon l'OMS, est un mode de traitement des symptômes qui empêche la situation de se détériorer davantage mais qui ne «corrige» pas le problème de base. La définition vise probablement à expliquer le caractère incurable de bien des maladies dans leurs dernières phases, lorsque les ravages sont si étendus qu'il est impossible de remédier tout à fait à la situation. Cette même notion de l'irrémédiable ne saurait s'appliquer aux phénomènes sociaux ou au comportement individuel sans subir une modification considérable.

La question de savoir si telle situation est irrémédiable ou non est fonction des connaissances, de l'habileté et de la ténacité de celui ou de ceux qui s'emploient à la changer. En physiologie humaine, il existe des limites assez bien définies quant à ce qui est susceptible de reconstitution ou de modification. Ces limites ne cessent

d'être élargies par la science médicale, mais il existe une sorte de sens commun quant à l'action à entreprendre à un moment donné. A l'inverse, il n'existe pas de délimitation ni d'entente claire et nette sur ce qui peut être changé et sur l'irréparable dans les domaines du comportement et de l'activité sociale. La définition proposée par l'OMS n'est guère utile en l'occurrence, à moins que l'on en arrive à bien saisir le sens du mot irrémédiable ou irréparable.

D'après la définition qu'en donne l'OMS, la prévention secondaire «vise à découvrir et à enrayer ou à modifier pour le mieux un trouble, un processus ou un problème le plus tôt possible». La difficulté consiste à décrire simplement la façon de reconnaître quel est le stade le plus précoce d'un problème. Si l'on est certain que tel problème existe, il est possible que ce soit déjà trop tard au stade d'évolution du problème. L'OMS nous dit que la prévention primaire «vise à faire en sorte que tel trouble, tel processus ou tel problème ne se produise pas». Les définitions de l'OMS renferment les notions fondamentales de stades précoces, médians et ultimes dans l'évolution d'un problème, mais elles n'offrent aucune structure cohérente d'anticipation. Cette négligence à souligner le facteur clé de la prévention, l'*anticipation*, fait qu'il est difficile d'avoir une vision nette des problèmes que pose l'élaboration de programme de prévention.

On peut voir dans le *traitement* une sorte de prévention. En fait, le traitement peut se définir comme une action prise en vue d'empêcher une situation indésirable de devenir plus indésirable encore, ou pour empêcher qu'une situation indésirable ne se continue. Il n'existe pas de distinction nette entre le traitement et la prévention; tous deux font partie du même continuum. Le traitement est l'action amorcée à la suite de la découverte effective d'un problème, mais l'évolution des problèmes passe ordinairement par bien des étapes. Aux premiers stades d'évolution d'un problème, le traitement peut être un traitement primaire mais de la prévention tertiaire. Or, la principale caractéristique d'une prévention bien structurée, c'est que celle-ci intervient *avant* l'apparition d'un problème éventuel. Une bonne méthode et une bonne pratique préventives devraient consister à pousser sans cesse les limites de l'origine d'un problème et à engager une action bien avant que les divers éléments du problème ne se conjuguent pour donner lieu à une situation indésirable. Les principes fondamentaux de la prévention émergeront si l'on examine une vaste gamme de tentatives en vue de devancer ou d'éviter une série d'événements inopportuns.

Éléments de la prévention

Objectif d'apprentissage

Après avoir terminé l'étude de la présente partie, les participants seront en mesure d'expliquer les quatre éléments essentiels de la prévention.

L'action préventive comporte quatre parties ou éléments principaux. Premièrement, il faut avoir une idée précise de la situation ou de l'état de choses à prévenir. Tel est l'*objectif* de l'action préventive. Deuxièmement, il faut une notion pratique de l'origine de cet état de choses ou de cette situation indésirable et du *système de causalité* d'événements qui conduit au problème. Troisièmement, il faut disposer de *moyens adéquats* permettant d'influer sur la causalité de manière à empêcher la situation indésirable de se développer. Quatrièmement, l'action préventive doit présenter un *bilan positif* des avantages et des inconvénients qu'elle comporte. Autrement dit, l'action préventive ne devrait pas transformer un état de choses indésirable en un état de choses encore plus indésirable, ou en un autre état de choses différent, quoique tout aussi indésirable. Ces quatre éléments de la prévention sont reliés entre eux; chaque élément influe sur l'autre et ne saurait être isolé.

2.1 Objectifs

L'activité préventive a pour objectif ou comme but de parer à tel ou tel événement ou circonstance indésirable. Cet événement ou cette circonstance indésirable est affaire de préférence, de degré de participation et de définition. Il n'existe aucune façon objective d'établir des objectifs de prévention. Il s'agit qu'un ou plusieurs particuliers décident qu'ils n'aiment pas tel état de choses et qu'ensuite ils entreprennent une action pour faire en sorte que cela ne se répète pas. Il est certaines choses qui déplaisent d'ordinaire à la plupart des gens et autour desquelles l'unanimité se fait facilement. La douleur, la souffrance, la mort prématurée ainsi que le bouleversement d'un «ordre raisonnable» au sein de la collectivité sont universellement tenus pour indésirables, encore qu'il faille noter qu'à certains moments ces désagréments sont susceptibles d'être acceptés comme partie du prix à payer pour quelque chose de très désirable. Mais, bien entendu, on a intérêt à savoir qui est concerné par la douleur, la souffrance, la mort prématurée, ou dans quelle collectivité l'ordre se trouve bouleversé. Ces choses-là ont plus d'importance à nos yeux quand elles se passent tout près de nous.

Ces éléments de base mis à part, il est plus difficile de rallier l'unanimité sur ce qu'il conviendrait d'éviter. Mais le consensus n'est pas toujours nécessaire; s'il y a suffisamment de gens qui se mettent d'accord sur un objectif préventif pour commander les moyens, il est alors possible d'amorcer une action préventive. Cependant, le fait d'agir sans l'assentiment général pose un problème. Il peut arriver, en effet, que d'autres personnes mettent en place des mesures *contre-préventives* visant à annuler ou à prévenir les effets de l'action préventive. Cette réaction de contre-prévention intervient pour beaucoup dans plus d'un type de prévention, en ce qui concerne le problème des substances intoxicantes, et il importe d'en tenir compte dans le plan d'ensemble. Nous reviendrons plus tard sur ce problème. Qu'il suffise ici de souligner que lorsqu'une population n'est pas d'accord avec le but et les objectifs apparents de la prévention, on peut s'attendre à ce qu'elle prenne des contre-mesures.

Les situations indésirables qui découlent de l'usage de substances intoxicantes relèvent de quatre catégories essentielles : le dommage physique pour l'usager; le dommage psychosocial pour l'usager; le dommage physique pour les personnes ou les biens qui se trouvent dans l'entourage de l'usager; enfin le dommage ou le bouleversement psychosocial dans le voisinage de l'usager. Les deux premières catégories se rapportent à l'individu, les deux autres concernent le cadre de vie. Si la plupart des gens reconnaissent volontiers le caractère indésirable des préjudices causés dans l'un ou l'autre de ces secteurs, il arrive souvent que l'on ne s'entende pas sur le *degré d'inopportunité* de tel problème particulier et dans quelle mesure on peut intervenir pour le prévenir.

Les objectifs préventifs, dans chacune des catégories précitées, font souvent appel à des stratégies différentes, et le fait d'atteindre les objectifs dans un secteur peut n'avoir aucun effet (ou peut-être même un effet contraire) sur les problèmes qui existent dans les autres secteurs. Il arrive que les stratégies de la prévention s'inspirent tantôt de l'objectif apparent dans un secteur, et tantôt de l'objectif réel ou effectif dans un autre.

Durant la grande campagne d'information sur la drogue, lancée au début des années 70, la plupart des programmes étaient, semble-t-il, conçus dans le dessein d'atténuer les ravages chez les consommateurs. Mais ces programmes eurent surtout pour effet d'apaiser les inquiétudes et de restreindre l'éclatement social autour des toxicomanes. Dissiper l'ignorance, la peur, et atténuer les réactions, jugées néfastes, à l'emploi de diverses substances intoxicantes qui sont peu connues dans le milieu social, tout cela constitue une stratégie préventive légitime en ce qui regarde certains genres de «problèmes contextuels»; mais il se peut que, dans l'immédiat, cette stratégie ait un effet peu limitatif sur les modalités de l'usage ou sur le préjudice causé aux usagers. Nous reviendrons plus tard sur les stratégies. Pour l'instant, disons que les problèmes ou les situations indésirables qui découlent de l'usage de substances intoxicantes sont plus divers qu'on ne l'imagine souvent, et qu'un programme de prévention bien structuré exige la clarification des priorités et des pressions dans leur ensemble.

Les objectifs de la prévention s'expriment le plus souvent en fonction des restrictions imposées quant à l'usage des substances intoxicantes, en se fondant sur le rapport que l'on perçoit entre le passage de ces limites et la probabilité du dommage ou du bouleversement qui s'ensuivra. L'objectif le plus général, c'est la prévention de tout usage de susbtances intoxicantes. Ceux qui appuient cet objectif ont l'habitude de définir comme indésirable toute espèce ou tout degré d'intoxication. Ils peuvent étayer leur prétention en se référant à divers problèmes issus de certains types d'usage, mais le fait que ces problèmes existent n'est généralement pas nécessaire à leur argumentation; pour eux, l'intoxication comme telle est une chose à éviter. Un point, c'est tout.

Prévenir l'usage de seulement certains types de substances intoxicantes représente un objectif un peu plus sélectif. Celui-ci se fonde sur l'acceptation de certains types de substances pour fins de consommation, tout en définissant les autres comme intrinsèquement indésirables. Cette acceptation sélective s'inspire de nombreux facteurs et, souvent, elle ne reflète pas une évaluation empirique des risques relatifs de danger. Un autre type d'objectif préventif est celui qui consiste à limiter le dosage et la fréquence à des taux raisonnablement sûrs. Cet objectif est axé sur les conditions antérieures ou sur les causes qui, selon toute vraisemblance, sont liées au danger plutôt qu'à l'intoxication même.

La prévention de l'intoxication dans telle ou telle circonstance «critique» est un objectif découlant du fait que le recours aux substances intoxicantes est probablement plus nuisible en certains cas que dans d'autres. C'est ainsi que l'on peut mettre en cause la physiologie anormale de tel sujet (une maladie du foie, par exemple) ou des circonstances extérieures qui nécessitent beaucoup de prudence et d'attention comme la conduite d'un véhicule.

La prévention de l'intoxication dans des circonstances «non critiques mais inopportunes» est un objectif qui limite l'usage des substances intoxicantes aux seuls moments et aux seuls endroits qui conviennent. Cet objectif règle la perspective et les priorités et empêche la recherche de l'intoxication de prendre le pas sur les autres aspects de la vie.

Parfois, les objectifs préventifs précisent quels sont les groupes ou les individus reconnus pour être particulièrement vulnérables et qui, par conséquent, devraient s'abstenir. Dans la plupart des sociétés, on protège les enfants en faisant d'eux une catégorie générale de sujets qui ne devraient pas faire usage de substances intoxicantes. De temps en temps, d'autres groupes ou classes de gens sont également désignés de cette façon.

Un autre objectif préventif est de s'en remettre, pour ce qui est de l'usage des susbtances intoxicantes, à la régie ou à la surveillance exercée par une catégorie de personnes compétentes en la matière et désignées à cette fin. Le médecin, chez nous, et le sorcier, dans certaines autres civilisations, sont les personnages auxquels échoit le rôle de prescrire l'usage de certaines substances intoxicantes pour toutes sortes de motifs.

Les sept types d'objectifs préventifs dont nous venons de parler définissent les limites quant à l'usage des substances intoxicantes. Nous réglementons cet usage en faisant appel simultanément à une combinaison de plusieurs de ces objectifs à caractère restrictif. Si l'on opte pour le premier ou le second objectif limitatif, à savoir la prévention de l'usage des substances intoxi-

cantes, dans leur totalité ou en partie seulement, les autres objectifs deviennent non seulement superflus mais ils ont un effet débilitant. L'interdiction absolue d'user de ces substances et la spécification des limites convenables quant à leur usage s'excluent mutuellement. Bon nombre des difficultés inhérentes à la prévention, en ce qui concerne l'usage des substances intoxicantes, sont imputables à cet effet destructif qu'entraînent des objectifs incompatibles.

Il est peu probable qu'une population fasse des efforts sérieux pour comprendre la nature des restrictions qui définissent l'usage de certaines substances très dangereuses si elle est convaincue que tout usage devrait être évité. De même, les gens ne sont pas près d'accepter l'idée selon laquelle tout usage de substances intoxicantes devrait être évité s'ils sont convaincus qu'il existe des limites définissant l'usage dangereux. Il est possible de résorber le conflit entre ces objectifs, à condition de voir dans l'abstinence une attitude absolument sûre (pour ce qui est du dommage à l'usager). Cette attitude peut être librement choisie par les particuliers ou les groupes, mais en aucune façon elle ne définit les limites de danger et elle ne comporte aucune incidence particulière quant aux autres moyens de parer aux problèmes.

Tous les objectifs de prévention peuvent être classés en fonction des catégories générales énoncées jusqu'à présent et se justifient par rapport aux types généraux de dommage ou de désordre à éviter. Cette manière générale de décrire les objectifs est utile si l'on veut maintenir la perspective dans la ligne des mesures préventives possibles. Bien entendu, telle ou telle mesure préventive aura des objectifs précis qui seront définis par telle situation particulière.

Certains objectifs précis peuvent être *très* bien définis et ne viser qu'un type de problème particulier, à un moment et en un lieu particuliers. C'est ainsi qu'une tâche préventive peut consister à éliminer ou à restreindre les «frasques d'ivrognes» lors d'une danse de fin d'année pour les élèves du secondaire. Un objectif un peu moins précis serait de restreindre les «frasques d'ivrognes» dans toutes les manifestations organisées par l'école. Et un objectif assez général serait de restreindre les «frasques d'ivrognes» en tout temps et en tout lieu. De la même façon, on pourra s'employer à empêcher tel enfant de s'empoisonner en absorbant des aspirines prises dans la pharmacie familiale, ou encore viser à prévenir l'intoxication par l'aspirine chez tous les enfants, ou par l'ingestion d'une dose excessive d'un produit pharmaceutique quelconque.

La spécificité ou le caractère général d'un objectif préventif comporte deux dimensions : premièrement, la nature particulière ou générale de la *population visée* et, deuxièmement, le nombre des différents types de problèmes à prévenir par telle action particulière, à savoir si celle-ci porte sur un *spectre étroit* ou sur un *large spectre*. Les populations visées peuvent se composer d'un individu déterminé, d'un groupe particulier d'individus, d'une catégorie d'individus, ou de tout le monde. Les objectifs à spectre étroit ne cherchent à prévenir qu'un seul type de problème, par exemple, l'irritation pulmonaire par la culture de plants de tabac à faible teneur en particules de fumée*; l'intoxication accidentelle par l'aspirine chez les enfants en munissant les flacons de capuchons de sécurité; les accidents d'avion imputables à l'intoxication, en interdisant aux pilotes professionnels de boire des boissons alcooliques en cours de vol ou 24 heures avant de prendre les commandes. Quant aux objectifs à large spectre, ils couvrent toutes sortes de problèmes éventuels. Par exemple, en réduisant la quantité de tabac fumé on réduit le risque de voir apparaître une foule d'affections physiques dont le cancer, l'emphysème et la maladie cardiaque; en contrôlant la qualité de l'alcool qui entre dans les boissons, par la surveillance des permis délivrés aux fabricants et par l'inspection de leurs produits, on limite tout un éventail de problèmes d'ordre socio-physique occasionnés par des taux de dosage inconnus et par des impuretés ou des substituts de nature toxique. C'est en dotant les individus d'un bagage de connaissances suffisant *et* en les aidant à comprendre et à contrôler l'usage qu'ils font des substances intoxicantes que l'on parviendra à pallier une vaste gamme de difficultés virtuelles qui découlent d'un vaste éventail de ces substances.

La notion de large spectre ou celle de spectre étroit se rencontre dans tous les domaines de la prévention et du traitement. Il y a des antibiotiques à large spectre qui sont utiles contre de nombreux types d'infections micro-

*Un facteur, entre autres, qui contribue à l'effet irritant de la fumée réside dans la taille et le volume des particules dégagées en même temps que les gaz pendant la combustion. Certains types de plants de tabac libèrent un grand nombre de grosses particules en brûlant et, par conséquent, provoquent une plus grande irritation.

iennes et des antibiotiques à spectre étroit qui ne sont fficaces que dans certains cas. Dans le domaine de la écurité routière, le bon entraînement que subissent les conducteurs contribue à réduire de nombreux risques l'accidents, alors que l'installation de lampadaires à ase frangible ne fait qu'atténuer la gravité du choc en as de collision.

En règle générale, quand on passe de la prévention ter-iaire à la prévention primaire, on passe en même temps du spectre étroit au large spectre. La prévention tertiaire end à être une prévention à spectre étroit, ou déter-minée; la prévention primaire, elle, tend au large spectre ou à la généralité. Les deux dimensions primaire-tertiaire et large-étroite mesurent des choses différentes, mais en suivant habituellement des lignes parallèles. Il arrive souvent que maints problèmes de nature différente aient une origine commune et, si l'on intervient assez tôt, on réussit à prévenir une *gamme* de problèmes. Voilà une autre raison pour laquelle le modèle préventif idéal pousse toujours vers les limites pratiques de l'origine connue du problème.

De cette brève étude portant sur les objectifs préventifs devrait naître une conclusion évidente, à savoir qu'il existe de nombreux types de situations liées à l'usage des substances intoxicantes et que les gens souhaitent peut-être prévenir. Et il existe plus d'objectifs préventifs que ne peut en envisager un seul organisme; la définition et la prévention des problèmes liés à l'intoxication, c'est l'affaire de toute la collectivité. Toutefois, ceux qui sont chargés d'élaborer des programmes de prévention dans ce domaine devraient être au courant des initiatives qui se dessinent au sein de la collectivité et être prêts à s'attaquer à un vaste éventail de problèmes, à en rendre compte, ou à en faire l'évaluation. Il est aussi impérieux de fixer des objectifs nets et justifiables; autrement dit, les gens ont besoin de savoir *pourquoi* ils font du travail préventif et en quoi ce travail cadre avec les autres emplois de leur temps et de leurs ressources.

2.2 Systèmes de causalité

La clef de la prévention réside dans l'anticipation, et celle-ci se fonde sur la compréhension des causes. Dans l'étude des causes interviennent la recherche empirique, la logique, la théorie descriptive et la philosophie de la science. Ce peut être une entreprise très complexe. Le problème de base c'est de saisir la «réalité», la façon dont on peut prévoir et réglementer les événements. On peut faire appel à des données très précises quand il s'agit de déterminer l'origine de certaines choses. Dans maintes situations, cependant, il est possible de recourir au bon sens, à de simples règles de déduction ou à l'observation, de la même manière qu'un artisan habile pourrait construire un bateau sans dessins techniques. Il ne sert à rien, en l'occurrence, de mettre la main sur des outils plus compliqués qu'il est nécessaire pour exécuter le travail. Il nous faut cependant user de prudence. La superstition, le folklore, les vœux pieux et les «réponses trop évidentes» passent encore pour appartenir au bon sens.

Un programme de prévention bien structuré requiert une connaissance pratique de base en ce qui concerne la nature des systèmes de causalité, ainsi qu'une mentalité de détective pour fouiller les faits et les conditions qui s'y rattachent. Cela suppose un certain nombre de principes fondamentaux.

Les causes procèdent toujours par systèmes. Autrement dit, il y a toujours une cause en jeu et ces causes sont reliées entre elles de telle sorte qu'elles ne peuvent être saisies que comme un tout. Notre langage et nos habitudes de penser manifestent une prédominance linéaire, ce qui signifie que dans notre façon d'agencer mentalement les événements, une chose conduit à une autre en une séquence nette. Cela est très utile jusqu'à un certain point mais constitue, néanmoins, une sorte de sténographie mentale qui nous permet d'aborder efficacement le domaine de la complexité. Faute de garder à l'esprit les restrictions inhérentes à la pensée linéaire, nous aboutissons souvent à une simplification exagérée et de caractère très restrictif. Pour citer un exemple très simple et très bourgeois, nous pourrions dire que le fait de laisser un récipient sur le poêle pendant trop longtemps a fait s'évaporer le liquide. Par intuition, nous comprenons cet énoncé dans sa simplicité; mais si nous ne voyons là que la cause *unique* de la fuite du liquide, une bonne partie de la réalité nous échappe. Parmi les autres facteurs de causalité qui interviennent dans l'évaporation du liquide, il y a la température de l'élément qui chauffe, le niveau du liquide, la forme du

récipient, le point d'ébullition et la viscosité du liquide, la présence ou l'absence de couvercle. Modifiez suffisamment l'un quelconque de ces facteurs, et cela risque d'influer sur la question de savoir si, oui ou non, le liquide a trop bouilli.

Quel que soit l'événement, il y a presque toujours plus d'une cause déterminable. Du fait que la prévention modifie ou élimine les causes, il se trouve presque toujours plusieurs moyens de parer à quoi que ce soit. Pour peu que l'action préventive soit particulièrement délicate, on modifiera ou on éliminera autant de causes que possible.

Il existe différentes sortes de causes et différentes incidences logiques quant aux événements qu'elles suscitent. Il y a les causes nécessaires, les causes suffisantes, les causes à la fois nécessaires et suffisantes et les causes qui ne sont ni nécessaires ni suffisantes. Ces termes issus du domaine de la logique sont essentiels quand il s'agit de trier les incidences de diverses conditions préalables, ou causes. Les discussions ou les doléances relatives à l'importance des causes précises peuvent souvent être résolues si l'on a soin de préciser clairement la nature logique de la cause. (Une étude plus détaillée de la logique des causes et de leurs incidences pratiques figure à l'Annexe A. Il s'agit là d'un domaine très important et parfois très délicat, mais qui nécessite un examen plus poussé que ne le justifie un aperçu général de la prévention. Nous avons intégré l'Annexe à ce fascicule parce que l'ambiguïté ou l'ignorance au sujet de ces principes contribue souvent à ruiner le programme de prévention.)

En plus de leur caractère logique, les causes peuvent être d'une nature très générale, commune à bien des événements, ou être d'une nature très précise et particulière à un seul type d'événements. On peut dire, par exemple, que la circulation automobile est une condition préalable nécessaire et générale ou une cause d'accidents d'automobile. En éliminant la conduite automobile, on éliminerait les accidents de la circulation. La liberté de mouvement est une condition générale et nécessaire de la perpétration de crimes. Le fait d'écrouer tout le monde dans des cages individuelles en acier contribuerait à l'élimination des criminels. Il existe habituellement, pour chaque événement d'intérêt, un certain nombre de conditions préalables ou de causes générales. Parfois, la nécessité des mesures préventives est si grande que l'on considère modifier ou éliminer des causes très générales. La difficulté que pose l'élimination des causes générales, c'est qu'on se trouve à toucher aussi à quantité d'autres facteurs.

L'usage des substances intoxicantes est une condition générale et nécessaire à l'apparition des problèmes engendrés par cet usage. Éliminer l'usage des substances intoxicantes, ce serait éliminer les problèmes qui en découlent. Or, de l'avis de bien des gens, si l'on supprimait le recours aux substances intoxicantes, on supprimerait en même temps bien des choses qui ont leur raison d'être. L'existence même des substances intoxicantes est une «pré-condition» encore plus générale qui détermine les problèmes liés à leur usage. Supprimer l'existence de diverses substances intoxicantes a été et demeure encore une stratégie préventive en faveur dans certains milieux.

Les causes précises sont celles qui se trouvent plus particulièrement associées à l'événement, source de préoccupation. La mauvaise visibilité, la vitesse excessive, une défectuosité des freins et la conduite en état d'ébriété sont, en ce qui concerne les accidents d'automobile, des causes plus précises que ne l'est le simple fait de conduire une voiture. Pour ce qui est des problèmes liés aux substances intoxicantes, le fait de dépasser tel ou tel niveau de dosage est une cause plus précise que l'usage même de ces substances. Si l'on ne peut pas ou si l'on ne veut pas modifier les causes générales en raison d'autres facteurs, il faut alors être à l'affût de causes plus précises. Dans l'hypothèse d'une population qui s'apprête à vivre dans une plaine exposée aux inondations et qui répugne à tout déménagement, on devra rechercher des techniques précises pour éviter que les maisons ne soient emportées par la crue des eaux. Et si certaines gens veulent de toute façon user de substances intoxicantes, il faut dès lors s'attaquer aux causes précises des problèmes.

On arrive à découvrir les causes de tout par l'observation et la recherche. Cela peut parfois prendre bien des années et le rassemblement d'une foule de données avant que l'on puisse établir la relation de causalité entre certains événements. Nous nous employons sans cesse

à améliorer notre perception de la façon dont les événements sont reliés entre eux. Mais il nous arrive souvent, même en présence de données suffisantes, d'être impuissants à saisir le lien qui existe entre les choses. Les données en elles-mêmes sont vides de sens. Il nous faut agencer des théories et des principes pour pouvoir dégager le sens des données. L'agencement de théories pourrait s'appeler «compréhension». La médecine préventive ne s'est vraiment mise à avancer de façon efficace qu'à partir du jour où la théorie microbienne de la maladie est venue faire la lumière sur bien des causes de la maladie. Jusque-là, on en était réduit aux devinettes, et malgré certaines données très impressionnantes montrant des corrélations qui allaient plus tard se révéler exactes . . . très peu de gens furent convaincus.

Il n'existe, à l'heure actuelle, aucune théorie communément admise qui expliquerait l'ensemble des données relatives à l'usage des substances intoxicantes et aux problèmes qui s'y rattachent. Les théories actuellement en cours sont ou bien des combinaisons fragmentaires et éclectiques de diverses théories socio-psychologiques ou biomédicales, ou bien elles sont encore de formule trop récente pour avoir été vérifiées et acceptées. A noter qu'aucune théorie intégratrice de ce genre n'est généralement admise dans n'importe quelle sphère essentielle du comportement humain.

Les causes de la plupart des problèmes liés aux substances intoxicantes peuvent se répartir en quatre grands systèmes : la toxicité, l'accessibilité, l'usage inexpérimenté ou imprudent et la piètre qualité de la vie.

Par toxicité, on entend que les substances intoxicantes modifient les mécanismes physiologiques et qu'il existe un point au-delà duquel la modification cesse d'être temporaire pour atteindre le stade de la lésion. La plupart de ces substances ravagent ou détruisent l'organisme humain lorsqu'elles sont utilisées au-delà de certains taux de dosage, d'une certaine fréquence, et d'une certaine durée. Les substances intoxicantes varient beaucoup en ce qui concerne le tort qu'elles peuvent causer et la latitude qu'elles comportent sur le plan de la sécurité, tandis que les individus diffèrent considérablement quant à leur susceptibilité aux réactions toxiques. La notion essentielle, ici, c'est que toutes les substances intoxicantes sont nuisibles quand on en fait un usage excessif, et la définition de l'usage excessif varie suivant les individus et les circonstances.

Une bonne partie du travail préventif vise à restreindre la toxicité éventuelle des substances intoxicantes. Le contrôle de la qualité, l'indication ou l'étiquetage de la dose et de la concentration, par exemple le pourcentage de la teneur en alcool, les normes, les étiquettes sur les bouteilles, ainsi que la suppression des sources de marché noir, voilà autant d'initiatives en vue d'exercer un contrôle sur les risques de toxicité. Avant d'être admis sur le marché, les nouveaux médicaments psychotropes font habituellement l'objet de tests minutieux pour déterminer leurs taux de toxicité et leurs effets secondaires.

Une des caractéristiques propres à l'action physiologique de beaucoup de substances intoxicantes, c'est la tolérance acquise et les réactions de sevrage qui ont de profondes incidences sur la régulation de la dose, si l'usager cherche à maintenir un certain niveau d'effets ou à éviter le «contrecoup» d'une réaction de sevrage.

L'accessibilité concerne l'ensemble des facteurs de diffusion qui se conjuguent pour mettre les substances intoxicantes à la portée des individus. Le coût, les niveaux d'approvisionnement, la commodité de la source, ainsi que les restrictions quant à l'accès sont autant de facteurs qui déterminent l'accessibilité. D'une manière générale, et en l'absence d'autres mesures efficaces, plus une substance est accessible, plus elle sera utilisée; et plus elle est utilisée, plus nombreux seront ceux qui en useront à des niveaux dangereux ou d'une façon préjudiciable.

Par usage inexpérimenté ou imprudent, on entend l'inaptitude d'un sujet à régler l'usage qu'il fait de substances intoxicantes de telle manière que cet usage n'occasionne chez lui ni lésion ni désordre. Les substances intoxicantes sont des instruments dont on se sert pour produire certains changements dans le fonctionnement du cerveau. Comme dans le cas de tous les instruments, les possibilités de bienfait ou de préjudice sont largement fonction de l'expérience, des connaissances et des intentions de l'usager. Nous ne sommes guère renseignés sur la façon dont les individus apprennent

à régler et à contrôler l'usage des substances intoxicantes ainsi que les états d'intoxication. Mais il est certain que cela implique des attitudes acquises, comme à peu près toute autre chose de quelque complexité que les gens font.

L'expérience et les conseils d'autrui, peu importe qu'ils soient occasionnels et personnels ou théoriques et codifiés, constituent un élément essentiel de l'apprentissage de la façon d'user d'une substance intoxicante. Dès qu'une de ces substances fait son apparition dans une société ou dans un groupe et qu'il existe de l'incompréhension quant aux possibilités et aux limitations de son usage, cela ne manque généralement pas de susciter beaucoup de problèmes. En l'occurrence, le seul moyen d'apprendre réside dans la méthode d'approximation; mais il peut arriver que cette méthode ne fonctionne pas toujours non plus. Par exemple, les Amérindiens ne connaissaient rien de l'alcool avant l'arrivée des Européens. Leur apprentissage initial, par la méthode d'essais et erreurs, fut grandement prolongé par le choc culturel et le branle-bas général qui accompagnèrent le peuplement et la colonisation. En fait, la période d'expérimentation conduisit directement à des difficultés chroniques, avec la ségrégation des populations autochtones par les Blancs. Lorsque des individus apprennent pour la première fois à faire usage d'une substance intoxicante, ils sont plus sujets, dans l'immédiat, à connaître une foule de problèmes liés à une consommation de mauvais aloi ou inexpérimentée. A la longue, les problèmes de ce genre sont manifestement plus prévisibles chez les usagers chroniques qui, en dépit de toute leur expérience, n'ont pas acquis ou ne mettent pas en pratique une maîtrise fonctionnelle. Le point essentiel ici, c'est que plus les connaissances et l'expérience personnelles sont médiocrement développées, en ce qui concerne l'usage des substances intoxicantes, plus on risque de voir surgir le problème de l'abus.

La qualité de la vie concerne le type commun d'expérience que partagent les individus et implique la question de savoir si, pour eux, cette expérience est valable ou non. En tant que système, la qualité de la vie comprend deux sous-systèmes différents : l'environnement ou le cadre dans lequel l'individu vit et les connaissances et aptitudes nécessaires pour interpréter ce système et s'y intégrer aux fins de l'expérience personnelle. La qualité de la vie est un système dynamique qui ne peut se mesurer qu'en fonction des niveaux d'expérience personnelle (par exemple, le degré de contentement, d'intérêt ou de motivation que l'individu découvre dans la vie). Le niveau de vie est un concept tout à fait différent, qui détermine les niveaux de consommation de biens matériels qui *peuvent* avoir un rapport avec la qualité de la vie, mais pas nécessairement. On peut avoir un niveau de vie élevé et être malheureux et insatisfait ou, à l'inverse, avoir un niveau de vie inférieur et s'en trouver bien aise et satisfait. Il n'existe pas de mesures simples et objectives pour évaluer la qualité de la vie.

L'usage des substances intoxicantes et les problèmes qui en découlent sont reliés dans leurs causes à la qualité des niveaux de vie, en ce sens que l'un des principaux motifs qui poussent à la toxicomanie réside dans le désir d'améliorer la qualité de l'expérience. L'usage immodéré des substances intoxicantes s'identifie à l'une des situations suivantes : ou bien c'est l'environnement qui ne favorise guère une expérience valable, ou bien ce sont les individus qui sont mal équipés pour vivre cette expérience – entendez par là qu'ils sont démunis face à la situation.

L'usage des substances intoxicantes n'est qu'une des nombreuses techniques auxquelles les gens ont recours pour rendre leur vie plus intéressante. L'usage normal, ou celui qui ne donne pas lieu à des niveaux de risque inacceptables, ne tire pas plus à conséquence que toute autre activité destinée à ajouter de l'agrément à la vie. La relation entre l'usage des substances intoxicantes et les milieux déficients ou hostiles et l'absence d'aptitudes, n'apparaît que lorsque les niveaux et les modalités de l'usage sont exceptionnellement dangereux.

Ces quatre systèmes de causalité – la toxicité, l'accessibilité facile, les dispositions des usagers et la piètre qualité de vie – agissent entre eux de façon complexe. Aucun de ces systèmes ne suffit par lui-même à expliquer les causes des problèmes liés à l'usage des substances intoxicantes. Est-ce à dire que nous ne savons pas, ou que nous sommes incapables de savoir de quoi il retourne? Non pas. C'est que l'explication des causes n'est pas simple. Nous sommes impuissants, par exemple, à rendre compte des problèmes à la lumière

de l'accessibilité seulement, ou en fonction de la qualité inférieure de la vie seulement. Tous les facteurs doivent donc être envisagés simultanément.

Le travail de prévention, qui vient parfaire les objectifs limitatifs dont nous avons déjà parlé, consiste à modifier les facteurs de causalité dans l'un des quatre systèmes de causes.

2.3 Moyens suffisants

Une fois défini le but ou l'objectif du programme de prévention, et une fois qu'on a cerné les causes auxquelles il faut s'attaquer, la mise en œuvre du travail de prévention nécessite des moyens suffisants pour amener les changements désirés. C'est là, évidemment, un facteur critique de la prévention efficace. A quoi bon, en effet, des objectifs bien définis si l'on ne peut les réaliser?

Les moyens suffisants dépendront, bien sûr, de telle ou telle tâche de prévention à entreprendre. Nous avons tendance à concevoir la «prévention» et le «traitement» comme des activités qui relèvent des organismes. En réalité, le plus gros de la prévention (et du traitement) est l'œuvre des individus placés dans le cadre de leur existence quotidienne. Il importe de situer cette question dans une juste perspective, car elle représente une différence fondamentale quant à la façon dont les organismes perçoivent leur rôle. Les organismes de traitement nous parlent souvent de «rémission spontanée», ou d'une cure qui se produit sans l'intervention d'un organisme de secours. En fait, il se peut qu'il n'y ait absolument rien de spontané dans tout cela. Cette rémission est souvent la conséquence d'un effort sérieux et soutenu de la part du sujet et des personnes qui l'entourent. Étant donné la panoplie et la quantité de substances intoxicantes dont il est fait usage dans notre société et compte tenu du travail de prévention très restreint et très fragmentaire accompli par les organismes, il est évident que le gros du travail préventif est l'œuvre de certains particuliers et de certains éléments de la collectivité (les familles et les pairs, par exemple). Il reste encore beaucoup à faire, car nous faisons face à des problèmes de taille, mais ces derniers doivent être envisagés dans leur vraie perspective. Nous avons affaire à des problèmes très complexes qui vont droit au cœur de questions essentielles comme celles-ci : à quoi rime la vie, et quelle est la façon, pour les particuliers ou les sociétés, de définir un comportement de bon aloi.

Dans l'hypothèse où les organismes ou les gouvernements instituent des mesures préventives incompatibles avec les vœux exprimés par un groupe important d'individus, on peut s'attendre à des initiatives axées sur la contre-prévention. La prohibition ou les taxes élevées dont sont frappées certaines substances intoxicantes populaires donnent souvent lieu à la fabrication clandestine et au marché noir. La propagande ou le dénigrement entraînent généralement une sorte de contre-culture ou la formation, à l'intérieur des groupes, de clans qui se soutiennent mutuellement pour mettre en doute le bien-fondé des institutions à l'origine de la propagande. Il n'existe aucun moyen de changer, de façon permanente et prévisible, et contre leur gré, le comportement des gens.

Une difficulté assez courante dans ce domaine vient de ce que les institutions sociales définissent certains comportements comme étant répréhensibles, non pas parce que les risques qu'ils peuvent présenter sont plus grands que ceux d'autres occupations socialement acceptables, mais parce qu'ils sont peu familiers, différents, et qu'ils impliquent des valeurs et des façons de voir contraires à celles que prônent certaines instances sociales. En pareils cas, la prévention devient une affaire de statu quo en ce qui a trait aux usages admis. Celui qui œuvre en prévention se trouve alors aux prises avec le dilemme moral de choisir s'il doit accepter les conventions comme la motivation légitime de ses efforts. Habituellement, ce n'est pas là un problème qui saute aux yeux de prime abord parce que le caractère non conventionnel d'un comportement est d'ordinaire présenté sous l'optique du danger et de la perturbation.

Les moyens de prévention peuvent être classés suivant différents systèmes. Un de ces systèmes catégorise l'activité préventive comme étant de nature paternaliste, de développement, technico-spécialisée ou socio-réglementaire.

- La prévention paternaliste remet la responsabilité, la prise de décision et les moyens entre les mains d'une

autorité. Les individus qui font l'objet de cette prévention n'assument aucun pouvoir, aucune responsabilité dans l'affaire. On peut citer, comme principaux exemples de prévention paternaliste, la prohibition et une propagande maladroite.

- La prévention de développement fait reposer une bonne part de la responsabilité sur l'individu ou sur le groupe et s'emploie à pourvoir chaque sujet du bagage de connaissances et de techniques nécessaires pour bien s'acquitter de cette responsabilité. De nombreux types d'information formelle et informelle sur les substances intoxicantes, ainsi que certains programmes d'épanouissement personnel et communautaire, tombent dans cette catégorie.

- La prévention technico-spécialisée suppose des considérations techniques détaillées qui sont prises en charge par des spécialistes chevronnés. Il se peut que des éléments paternalistes trouvent leur place dans cette catégorie, mais ils sont rationalisés d'après une expérience et des connaissances d'un niveau supérieur à celles que voudraient acquérir la plupart des gens. Un exemple de ce type de prévention est celle qui limite l'usage de certaines substances psychotropes aux seules ordonnances délivrées par les médecins. Tombent également dans cette catégorie, le contrôle de la qualité et l'analyse des nouveaux médicaments psychotropes pour déterminer leurs niveaux de toxicité.

- La prévention socio-réglementaire établit des limites acceptables quant à l'usage des substances intoxicantes, limites qui sont déterminées à la suite d'une décision collective. Cette catégorie comporte souvent des éléments paternalistes, selon la manière dont les délibérations sont conduites et selon le champ d'action laissé à la responsabilité individuelle. La prévention socio-réglementaire tend à encourager la responsabilité de l'individu dans le cadre de certaines limites précises, quitte à prévoir des sanctions lorsque ces limites sont dépassées. Ce type de prévention n'est efficace que si les intéressés sont bien au fait des limites fixées, et à condition que le dépassement de ces limites fasse l'objet d'une détection vigilante. Le taux légal d'alcoolémie de 0,08 p. 100, en ce qui concerne la conduite en état d'ébriété, est un exemple de ce type de prévention.

Une autre façon de classifier les moyens de prévention, c'est de recourir aux catégories opérationnelle, éducative, et analytique ou de comportement.

- La prévention opérationnelle s'attaque directement au mode de fonctionnement des choses, ou établit un mécanisme destiné à amener des changements. Il s'agit là d'une catégorie très étendue qui pourrait englober toutes sortes de choses, depuis l'installation, sur les systèmes d'allumage des automobiles, d'instruments de contrôle du temps de réaction par mini-ordinateur pour empêcher les conducteurs ivres de faire démarrer leur voiture, jusqu'à la création d'expériences d'apprentissage et de cadres de vie qui permettraient aux gens de mieux comprendre et de mieux contrôler la qualité de leur expérience.

- La prévention éducative fait appel à la diffusion de renseignements ou de faits. Les brochures à large diffusion et les programmes didactiques relèvent de cette catégorie. Ce type de prévention s'appuie sur l'hypothèse que quelques problèmes au moins découlent de l'ignorance des faits, et qu'en étant informés les gens pourront éviter ces problèmes.

- La prévention analytique ou de comportement se concentre sur la façon dont les gens envisagent l'usage des substances intoxicantes. Elle ne s'attache pas tant aux faits qu'aux modes d'organisation et de pensée au sujet des faits. Cette catégorie englobe tout, de la propagande à la diffusion de théories pratiques en ce qui concerne l'usage des substances intoxicantes. La religion et la philosophie pourraient également tomber dans cette catégorie, dans la mesure où elles comportent des interprétations de la nature et de l'importance de l'usage des substances intoxicantes.

Une entrave sérieuse sur le plan de l'organisation, dès qu'il s'agit d'élaborer les moyens propres à prévenir les problèmes d'intoxication, c'est la difficulté de rallier des appuis pour des initiatives complexes qui souvent prennent plusieurs années ou davantage avant de donner des résultats. L'étiologie d'un grave problème suscité par l'usage de substances intoxicantes peut remonter à une

vingtaine d'années ou bien au-delà. La mise au point de programmes et de techniques capables d'influencer efficacement de larges effectifs de population est une œuvre de longue haleine. On peut prévoir qu'il faudra beaucoup plus de dix ans pour mettre en œuvre un programme sérieux et bien structuré. Presque tous les organismes actuellement engagés dans le domaine de la prévention ne disposent pas du temps nécessaire à l'élaboration de mesures préventives vraiment efficaces. (Il y a au moins une exception digne de mention – se reporter à l'Annexe B.) Nous continuons à chercher des solutions expéditives, faciles et sans valeur, qui s'inspirent de notre conception selon laquelle il ne devrait pas être difficile de créer et de défendre des comportements «de bon aloi».

Et pourtant nous n'hésitons pas à entreprendre des travaux de régularisation des eaux, des aménagements hydro-électriques et d'autres projets vastes ou complexes dont la réalisation peut prendre plusieurs décennies. S'il faut que le travail prenne tant de temps, mais qu'il importe que cela se fasse, il n'y a plus qu'à aller de l'avant.

2.4 Bilan positif

Une règle cardinale quand il s'agit de traitement, c'est que les méthodes utilisées pour guérir le malade ne devraient pas le laisser dans un état pire qu'avant l'institution du traitement. La même règle vaut en matière de prévention. Telle mesure préventive ne devrait pas susciter un problème pire que le premier que l'on tente de prévenir. Ce principe est souvent d'application difficile parce que les gains et les pertes sont généralement de types différents. Comment mettre en balance une régression des maladies imputables à l'alcool vis-à-vis d'une recrudescence de l'activité criminelle et d'une diminution des recettes fiscales, comme cela s'est produit pendant la prohibition? Vaut-il la peine de gâcher l'existence de quelques individus en imposant de sévères sanctions pénales, de façon à détourner les autres d'un comportement qui pourrait être autodestructeur? Il n'est pas facile de répondre à des questions de ce genre.

La prévention des problèmes liés à l'intoxication met en cause, sur le plan de l'équilibre positif, certains points particuliers qui sont étrangers à la plupart des autres types de prévention. Les bienfaits ou les avantages inhérents à l'usage de substances intoxicantes sont presque exclusivement d'ordre personnel et subjectif. Les problèmes qui en découlent sont souvent tout à fait objectifs et touchent les autres en plus de l'usager lui-même. En supputant les avantages et désavantages de tel ou tel mode de consommation, quiconque, observant de l'extérieur, est à peu près certain de sous-estimer les effets subjectifs positifs. Très rares sont les mécanismes sociaux permettant d'évaluer les états subjectifs ou l'expérience personnelle et pourtant, cette dernière est, pour les individus, la plus fondamentale des réalités. Il en résulte donc un décalage dans notre facon de parler des choses et dans notre mode de comportement en tant qu'individus. C'est ainsi que la majorité des gens usent des boissons alcooliques et se comportent généralement comme s'il s'agissait là d'un acte positif; toutefois, la plupart des débats publics sur l'alcoolisme insistent sur les aspects négatifs de l'habitude de boire, sans que l'on s'arrête à étudier ou à reconnaître les effets positifs.

La difficulté d'établir le bilan entre les avantages subjectifs et une grande variété de désavantages objectifs tient au fait que les planificateurs du travail de prévention et les consommateurs de substances intoxicantes ont parfois des notions très différentes de ce qu'est un équilibre positif. La même chose se vérifie en ce qui concerne le traitement dans le domaine des toxicomanies. Chacun dans l'entourage du buveur-problème peut être convaincu du bilan négatif de son habitude. D'autre part, le buveur-problème estimera peut-être que les avantages contrebalancent les désavantages et il refusera d'admettre que son cas pose un problème. Et tant que le buveur n'arrivera pas à dresser un bilan différent et à reconnaître l'existence d'un problème, il (ou elle) ne se réformera pas. La même difficulté se pose en matière de prévention.

Le principe de la «contrainte constructive», qui intervient dans le traitement quand on veut convaincre le sujet d'accepter le fait qu'il se trouve en difficulté, a sa contrepartie dans la prévention. Les sanctions qui frappent certains types de comportement, en ce qui concerne l'usage des substances intoxicantes, ajoutent une note négative au comportement lui-même. Tout se passe

comme si les risques véritables qu'encourt l'individu n'étaient pas assez grands pour le faire changer d'attitude, de telle sorte que d'autres risques artificiels ou spécialement créés viennent s'y ajouter. Il ne fait pas de doute que ces sanctions sont parfois nécessaires, surtout dans le cas de ceux qui n'ont ni la sagesse ni la capacité de prévoir et de tirer des leçons de l'expérience. Le procédé est aussi passablement efficace, en particulier lorsque les sanctions peuvent être appliquées vite et bien chaque fois qu'il y a entorse au règlement. Mais, appliquées de façon trop générale, ces sanctions multiplient les risques de voir naître des objectifs préventifs peu réalistes ou non justifiés et elles ont également pour effet de débiliter le jugement des individus et de limiter les choix qui leur sont offerts.

Le décalage qui existe dans l'interprétation du bilan positif ou négatif peut entraîner les usagers visés par la prévention à opposer à celle-ci la contre-prévention. Le seul moyen d'éviter que cela ne se produise consiste à envisager l'influence probable des avantages subjectifs retirés par les usagers et à en tenir compte dans l'établissement du programme de prévention.

Le grave déséquilibre inhérent à nombre de mesures préventives envisagées traduit une mésintelligence fondamentale et souvent généralisée de la nature des problèmes aussi bien que de la validité des solutions. Toute personne qui œuvre en prévention dans le domaine de la toxicomanie doit s'attendre à rencontrer des gens qui préconisent la peine capitale pour les trafiquants de drogue sur le marché noir et de longues peines de prison pour les usagers, bien que cette façon de voir soit de moins en moins répandue. La solution proposée est évidemment pire que le problème lui-même, en raison du climat de violence inévitable qui s'ensuivrait dans une société libérale et démocratique telle que la nôtre. Certains, cependant, renonceraient volontiers aux principes de la démocratie libérale pour éliminer les dangers, réels ou imaginaires, que comportent certains types d'usage de substances intoxicantes.

Historiquement, les drogues et certains types de comportement liés à l'usage des drogues ont servi de boucs émissaires pour plus d'un problème affligeant la société. L'usage destructif des substances intoxicantes est autant une conséquence qu'une cause de problèmes sociaux, mais ces deux éléments sont invariablement reliés. Et ce lien est suffisant pour que les alarmistes et ceux qui cherchent un simple prétexte pour partir en croisade éprouvent souvent un vif besoin de s'engager en vue d'éliminer le recours aux substances intoxicantes, sous une forme ou sous une autre. Ces gens peuvent, vraisemblablement, fausser considérablement le bilan positif, s'ils sont en mesure de le faire. A l'inverse, il y a ceux (notamment les gouvernements) qui, d'une façon ou d'une autre, tirent profit de l'usage de certaines drogues et qui, par conséquent, sont susceptibles de faire pencher la balance dans l'autre sens et d'être favorables à un usage plus répandu.

On a de plus en plus tendance à utiliser les bilans coût-efficacité comme moyen de déterminer l'utilité de divers types de programme préventif. Le coût-efficacité est essentiellement un concept de gestion commerciale qui se révèle très utile dans la recherche des profits, mais n'est pas toujours très efficace en sociologie, à cause de la difficulté d'estimer en dollars la valeur des résultats. C'est là un indice, cependant, qui peut être tout à fait utile lorsqu'il s'agit de dresser le bilan positif de certaines situations. Au début des années 70, la fondation Ford a prédit qu'on en arriverait graduellement à décriminaliser le fait d'avoir de la marijuana en sa possession, en s'appuyant sur une analyse coût-efficacité portant sur la mise en application des lois actuelles à l'égard de cette drogue. Cette analyse révéla un coût d'application croissant et très élevé, en regard des résultats allant en diminuant et généralement peu concluants. Le recours à l'appareil de justice criminelle comme moyen de prévenir et d'éliminer l'usage des substances intoxicantes comporte un autre facteur de coût négatif, il en est résulté, en effet, un embouteillage de l'appareil judiciaire, au point que celui-ci se trouve impuissant à s'occuper efficacement de tous les crimes.

Ces quatre éléments du programme de prévention – les objectifs, le système de causalité, les moyens suffisants et le bilan positif sont reliés entre eux pour aboutir au système intégral de l'action préventive.

.5 Résumé des éléments de la prévention

ction préventive

a) Objectifs
b) Compréhension du système de causalité
c) Moyens suffisants pour amener un changement
d) Bilan positif des résultats

bjectifs

Savoir *pourquoi* il y a lieu d'agir
But primordial : améliorer la qualité de la vie, en limitant autant que possible les circonstances et événements fâcheux

ypes généraux d'événements fâcheux à éviter :
le préjudice physique pour l'usager
le préjudice psychosocial pour l'usager
le préjudice physique dans l'entourage de l'usager
le préjudice psychosocial dans l'entourage de l'usager

bjectifs utilisés pour éliminer les événements fâcheux
u les problèmes :
abstinence absolue
abstinence sélective à l'égard de certaines substances
(ces deux objectifs *peuvent* être incompatibles avec les cinq objectifs suivants)
restrictions quant à la dose et à la fréquence de consommation
élimination de l'intoxication dans les circonstances critiques
élimination de l'intoxication dans les circonstances inopportunes
abstinence pour certains groupes ou certains particuliers
réglementation de l'usage confiée aux soins de l'autorité

es objectifs opérationnels peuvent être *généraux* ou *rticuliers* d'un double point de vue:
l'éventail des problèmes à prévenir
l'étude ou la diversité de la population visée

	Spectre étroit des problèmes	Large spectre des problèmes
Population visée en général		
Population visée très sélective		

Compréhension du système de causalité :

- savoir *comment* agir
- système de circonstances, de causes, ou de conditions antérieures conduit à l'événement indésirable
- le changement significatif d'un élément quelconque du système de circonstances, de causes, ou de conditions antérieures modifie l'événement.

Types de causes :
- nécessaires
- suffisantes
- nécessaires et suffisantes
- ni nécessaires ni suffisantes
- les causes peuvent être d'ordre *général* ou communes à nombre d'événements, ou bien elles peuvent être *particulières* à un événement ou à quelques événements seulement
- une cause d'ordre général fait partie d'un système de causalité menant à de nombreux types d'événements (la prudence s'impose dans la modification des causes générales)
- une cause particulière fait partie d'un système de causalité menant à un seul type d'événement.

Systèmes de causalité des problèmes liés aux substances intoxicantes :
- toxicité
- accessibilité
- dispositions des usagers
- qualité de la vie

Moyens suffisants pour effectuer un changement :

- être capable d'agir
- quand on décide d'une action préventive spécifique, le désaccord au sujet des objectifs ou des techniques peut résulter en une action contre-préventive . . .

Style des moyens :
- paternaliste
- de développement
- technico-spécialisé
- socio-réglementaire

Type des moyens :
- opérationnel
- éducatif
- analytique ou de comportement

Problème de temps
Le temps nécessaire pour les moyens suffisants peut être long, jusqu'à s'étendre même à toute une génération. Ceci peut entraîner des problèmes de programmation parce que la plupart des organismes s'engagent dans des programmes basés sur l'année financière.

Bilan positif : agir avec prudence et en accord avec l'objectif général visant à améliorer la qualité de la vie

- Chaque situation comporte des éléments qui sont positifs et négatifs, ou désirables et indésirables.
- L'action préventive ne devrait pas transformer une situation mauvaise en une situation pire encore.
- Les éléments positifs et négatifs d'une situation sont ordinairement de types différents; aussi doit-on les évaluer avec soin.
- Les effets positifs de l'usage des substances intoxicantes sont presque entièrement d'ordre subjectif; ils sont difficiles à évaluer et sont le plus souvent *sous-estimés* par les observateurs en ce qui concerne leur valeur pour l'individu.
- Une analyse coût-efficacité détermine les gains et les pertes en termes d'usage courant – en argent le plus souvent. Cette technique peut être très utile mais elle risque de simplifier les événements au point de devenir très trompeuse.

Mercredi p.m.
14h.00

SESSION PLÉNIERE

CECM

□ Thérèse ROBITAILLE,
Conseillère pédagogique et responsable du dossier de prévention au regard du phénomène de consommation de psychotropes chez les jeunes à la C.E.C.M.

LES JEUNES ET LA DROGUE

Analyse de l'intervention préventive au regard de ce phénomène à la C.É.C.M.

Les enseignants dans leur démarche d'intervention au regard du phénomène de consommation de psychotropes chez les jeunes se trouvent souvent coincés entre les attentes des jeunes et les prescriptions de la société. Dans ce domaine où les discours sereins côtoient, de façon serrée, les propos alarmistes, la voie de l'intervention n'est pas claire, elle est à bâtir.

Consciente de cette réalité, la C.É.C.M. travaille depuis bientôt une quinzaine d'années à tracer la voie de l'intervention et à soutenir les innovations des enseignants dans ce domaine de l'intervention. L'éducateur en ce domaine n'est pas celui qui combat la drogue mais celui qui éduque et instruit. Aussi, importe-t-il d'équiper les enseignants des instruments les plus susceptibles de les aider à accompagner les jeunes dans leur démarche de réflexion sur le phénomène drogue.

Afin de guider l'intervention préventive au regard de l'usage non médical des drogues, la C.É.C.M. s'est dotée d'une politique dès 1973. La recherche et le développement en ce domaine d'intervention font qu'à ce jour quatre modèles d'intervention sont proposés aux écoles; ceux-ci sont gradués selon un ordre d'intensité dans l'information et dans l'aide personnelle à donner aux élèves.

Un de ces programmes, fondé sur la responsabilisation du jeune et appuyé par une pédagogie dite de processus retiendra notre attention. Nous en examinerons les fondements, les objectifs, les lignes de forces et les limites.

L'implantation de cette démarche d'intervention implique que soit offert aux enseignants qui souhaitent l'adopter, un programme de formation. Ce programme tout en épousant des objectifs spécifiquement reliés à la démarche d'intervention, doit aider les enseignants à devenir non pas des experts dans le champ de la toxicomanie, mais plutôt des accompagnateurs avertis et des guides compréhensifs qui assistent le jeune dans sa réflexion. Comment réalisons-nous ces objectifs? Quelles sont jusqu'à maintenant les retombées de ce programme de formation? Je tenterai de répondre à ces questions à partir de données cueillies dans les rencontres de supervision et dans les rapports fournis par les enseignants sur leur travaux pratiques en prévention.

LE BAR OUVERT

□ Robert PERREAULT,
Psychiatre, professeur adjoint au Département d'Epidémiologie et de Santé de l'Université McGill, directeur de la promotion de la santé à l'Institut de recherches cliniques de Montréal et médecin-conseil au DSC de l'Hôpital Général de Montréal. Responsable de plusieurs interventions en promotion de la santé, il poursuit actuellement des recherches relatives à l'application de la haute technologie dans ce domaine particulier.

□ Johanne RENAY,
Diplômée en recherche psycho-sociale, a réalisé de nombreuses enquêtes touchant l'évaluation de programmes, la satisfaction au travail et le potentiel de commercialisation de différents produits. Actuellement psychologue pour le compte de la firme CGEAS (Les Consultants en Gestion des Etablissements des Affaires Sociales), elle intervient surtout dans le secteur des ressources humaines pour le compte d'organisations.

Institut de Recherches Cliniques de Montréal
Clinical Research Institute of Montreal

Programme "Le Bar Ouvert"

La recherche portant sur la prévention des problèmes liés à l'alcool et sur l'auto-contrôle des comportements de consommation montre que l'informatin ne suffit pas à influencer le comportement. Il faut fournir aux jeunes les opportunités de se confronter à des situations réalistes où des choix reliés à l'alcool sont à effectuer. Il faut aussi, bien sûr, les exposer aux informations et aux habiletés nécessaires pour reconnaître ces situations et identifier les choix les plus responsables.

Enfin, il faut favoriser une prise en charge collective du problème en sensibilisant non seulement les individus à risque mais également tous les autres. L'effet de ce partage de l'information induit un changement de l'équilibre "écologique" d'un groupe et rend chacun de ses membres un peu plus responsable de son comportement et de celui des autres.

Pour qu'une intervention éducative en santé soit efficace, elle doit s'adresser à un individu ou à un groupe d'individus réceptifs. L'état de réceptivité ou de motivation maximale correspond en général à une expérience affective focalisée sur le problème. On trouve ces conditions dans l'environnement naturel au moment d'une crise lorsque, par exemple, un adolescent est monté dans la voiture d'un conducteur ivre. On peut également y arriver par simulation ou mise en situation. C'est une technique bien connue dans les sciences du comportement. Elle repose entre autres sur une bonne connaissance des caractéristiques individuelles des personnes et sur la qualité de la relation qui s'établit entre une personne et un intervenant. Malheureusement, de telles approches demeurent réservées à des cas spéciaux pour des raisons économiques bien évidentes.

Le développement récent des systèmes interactifs d'éducation pour la santé au Centre des Technologies de l'Information de l'Institut de Recherches Cliniques de Montréal ouvre une voie nouvelle en rendant possibles des interactions hautement personnalisées entre un individu et un ordinateur.

Le programme de prévention de l'alcoolisme appelé "Le Bar Ouvert" constitue une application de pointe des recherches en informatique, en ergonomie cognitive et en médecine comportementale menées à l'Institut. Ce programme simule une conversation entre un barman et l'usager. Choisi pour son double rôle de confident naturel et de dispensateur familier d'alcool, le personnage du barman est bien mal placé pour faire la morale. Sa crédibilité, cependant, demeure élevée du fait de l'expérience de la vie qu'on peut facilement lui prêter. Le processus de simulation amène l'usager à influencer le cours de la conversation en fonction des caractéristiques individuelles qu'il ou elle exprime par ses choix de réponses aux questions du barman. Le programme illustre bien le phénomène d'individualisation d'un message en rendant possible des milliers de cheminements différents à travers une conversation simulée. Celle-ci tient compte d'une foule de variables importantes comme le sexe, le groupe d'âge, le type de résidence, l'accès à une automobile ou à une moto, la présence ou non d'une relation de couple, le degré de stress perçu, l'affirmation de soi, le statut occupationnel et plusieurs autres caractéristiques qui interviennent dans la problématique de l'alcool.

Dans sa version préliminaire, "Le Bar Ouvert" a fait l'objet d'une validation auprès de 100 jeunes de 18 à 24 ans provenant de divers milieux (étudiants, travailleurs, chômeurs).

Sur un plan plus technique, il convient de préciser que le programme est implanté sur un micro-ordinateur IBM/PC comportant 256 K octets de mémoire principale, un clavier spécial à membrane, un moniteur couleur et un disque rigide de grande capacité. Cette configuration permet notamment d'emmagasiner la trace de chacune des interactions à des fins de validation et d'évaluation ultérieure.

Le développement de la communication hautement interactive annonce une nouvelle génération d'outils dynamiques pour la promotion de la santé.

C.L.S.C. LE NOROIS

□ Donald TREMBLAY,
Bachelier en Criminologie, a travaillé en service social scolaire de 1976 à 1985 à la Polyvalente Wilbrod Dufour. Il oeuvre actuellement en consultation et en prévention au sein de l'Equipe Jeunesse du C.L.S.C. Le Norois.

□ Pierre TREMBLAY,
Etudes universitaires en Criminologie. Il a travaillé de 1979 à 1985 auprès des moins de 18 ans ayant des démêlés avec la justice à la D.P.J. du Lac St-Jean ainsi qu'à titre de chargé de cours au Cegep d'Alma en 1981-82. Il est actuellement à l'emploi du C.L.S.C. Le Norois en intervention auprès des 12-15 ans.

LES JEUNES, L'ALCOOL ET LES DROGUES

CANEVAS DE PRESENTATION (C.L.S.C. NOROIS).

Le projet dont nous vous parlerons s'intitule: "L'intervenant... la drogue...et puis après...". Comme son nom le laisse entendre c'est un programme qui s'adresse à des intervenants et plus particulièrement à ceux qui travaillent avec des jeunes de 12 à 25 ans.

Sous forme de séminaire de réflexion dans le but de partager nos expériences d'interventions, ces trois jours nous amènent à une prise de conscience du phénomène de la consommation de drogues et d'alcool chez les jeunes et à se situer en tant qu'intervenant auprès de cette clientèle.

Notre présentation parlera dans un premier temps du contexte de ce projet et de son historique, puis nous déboucherons sur les raisons qui nous ont motivés à mettre de l'avant une telle initiative.

Nous exposerons également les objectifs poursuivis et de façon plus particulière notre philosophie d'intervention auprès de ces adultes.

De plus, nous partagerons les avantages, selon nous, d'une telle réflexion avec les intervenants et nous identifierons les limites de ce genre d'approche.

Finalement, nous vous ferons part de l'impact du programme en terme d'efficacité ou d'atteinte d'objectifs à partir du degré de satisfaction des participants et des commentaires reçus de ces derniers.

C.L.S.C. LE NOROIS
EQUIPE JEUNESSE

Mercredi p.m.
16h.15

PRÉSENTATION D'AFFICHES

- **Alain TRAHAN** (CECM)
- **Robert PERREAULT/ Johanne RENAY** (Le Bar Ouvert)
- **Donald TREMBLAY/ Pierre TREMBLAY** (CLSC Le Norois)
- **Marie GALARNEAU/ Camile SPAIN** (CLSC Pierrefonds)
- **Gilles LAMOUREUX/ Alice DIONNE/ Michel LAFORTUNE** (CRIC-BCJ)
- **Yves GAUDET/ Pierre DESAULNIERS** (Com. scol. Vieilles Forges)
- **Christine OLIVIER** (DSC de l'Outaouais)
- **Léon VEILLEUX/ Claire LEGAULT** (CLSC Grande-Rivière)
- **Anne SAUMURE** (CLSC Mont-Laurier)
- **Charles-Yvan DESROCHERS** (CLSC La Source)
- **Aline RAYMOND/ Lucie PAQUET** (CLSC Témiscouata)
- **Martin DUBOIS** (CLSC Arthur Caux)
- **Lucie LAQUERRE/ Daniel DESROCHES** (Polyvalente Charlesbourg)

☐ **Lucie SAMPSON**	(Programme D-PAR)
☐ **Manon ALLARD**	(CRSSS Côte Nord)
☐ **Réginald VOLLANT**	(Nutshemium Atesseum)
☐ **Jacqueline HUOT**	(Groupe Accès)
☐ **Michel TREMBLAY**	(Sûreté Ville de Laval)
☐ **Marilyne COULOMBE**	(CLSC Les Aboiteaux)

Jeudi a.m.
9h.00 et 10h.45

ATELIERS THÉMATIQUES

NO 1

Le comportement agressif chez les jeunes: stratégies d'intervention

□ Geneviève RICHER,
Psychologue, elle travaille à Domrémy-Montréal et en pratique privée en utilisant une approche de type humaniste. Ses centres d'intérêt et de spécialisation sont les jeunes toxicomanes délinquants, la toxicomanie féminine, l'analyse transactionnelle et la psychosomatique.

ATELIER: L'agressivité, les jeunes et la toxicomanie

Cet atelier a pour objectifs d'une part de sensibiliser les participants au vécu de la personne agressive ainsi qu'au vécu de l'intervenant en contact avec la personne agressive et, d'autre part, d'échanger sur des modalités d'intervention réalistes et thérapeutiques.

Les thèmes suivants seront abordés:

1° Comprendre l'agressivité et la violence.
   - 1.1 Distinction colère-agressivité-violence
   - 1.2 Le vécu du jeune toxicomane
   - 1.3 Le vécu de la personne délinquante
   - 1.4 Le vécu de la personne agressive

2° Evaluer les risques de comportement agressif.
   - 2.1 Indices prédicteurs de violence
   - 2.2 Signes précurseurs de comportement agressif
   - 2.3 Liens entre produit consommé et probabilité de comportement agressif

3° Connaître les réactions de l'intervenant face à la personne agressive.
   - 3.1 Réactions émotionnelles
   - 3.2 Déni
   - 3.3 Clivage
   - 3.4 Acting-out

4° Développer des habiletés à intervenir auprès de personnes agressives.

4.1 Prévenir l'escalade

4.2 Attitudes de l'intervenant

4.3 Caractéristiques du "milieu aidant"

4.4 Interventions et activités recommandées

4.5 Ressources spécialisées

L'atelier se déroulera en deux temps: d'abord, une présentation théorique et ensuite, une période d'échange (questions - discussions de cas - commentaires).

NO 2

Intervention auprès des familles: approche psychanalytique

Louise ST-GERMAIN,
Psychologue exerçant en pratique privée selon une orientation analytique, elle est également chargée de cours au Certificat de Toxicomanies de l'Université de Montréal depuis 1983.

Intervention auprès des familles: approche psychanalytique

À propos du savoir-faire, de la toxicomanie et de la psychanalyse

Savoir-faire (know how): Ensemble de connaissances, expériences et techniques accumulées par une personne ou une société, que l'on peut mettre à la disposition d'autrui, à titre onéreux ou gratuit. (Petit Robert).

Savoir-faire et psychanalyse: serions-nous en plein paradoxe ?

L'approche analytique, de par sa visée même, amener un sujet à retrouver la singularité de son dire, peut-elle souscrire à un possible savoir-faire ?

Savoir-faire de qui? Savoir-faire quoi?

Dans la rencontre avec le toxicomane: le savoir-faire serait-il un "truc magique" aussi puissant que la drogue ?

L'intervenant, tout comme le toxicomane avec sa drogue, peut-il croire en l'existence d'une formule qui puisse économiquement disposer de la souffrance ?

Epargner du temps ?
Peut-il espérer en un savoir "accumulable et interchangeable" qui puisse faire l'économie du risque de la rencontre avec l'autre?
" Si...il y a eu pourtant...transmission de l'analyse, c'est à travers l'expérience d'avoir été affecté par la vérité du patient. Ce n'est pas l'ignorance qu'il a alors fallu vaincre, mais la résistance, au prix de mille tourments "(1)

Intervention auprès des familles

Présentation d'une histoire de cas : Julien, une histoire de...drogue?
Une famille "à l'étuvée" qui à plusieurs égards fait penser à une famille incestueuse. Interchangeabilité et mouvance des rôles, étanchéité à toute influence du dehors. Pour maintenir intact leur système, ils doivent conserver l'espace de leurs secrets. On n'arrive jamais à combler cette mère défaillante au mari manquant. Le père de Julien est alcoolique ainsi que son grand-père. Tous

1. Mannoni, M. La théorie comme fiction, p.117

deux substituent la violence du geste à la parole d'autorité. Le dire est frappé d'impuissance ou plutôt maintenu dans une impuissance imaginaire. Des individus ayant une histoire, une parole, une identité propre, occultées par un discours-écran.

Et lorsque nous songeons à la prévention...

La constatation répétitive de la démission du père, de son absence concrète ou affective, de son exclusion sous de multiples formes dans les biographies de toxicomanes, nous amène à élargir notre questionnement sur la fonction paternelle et sur la place du père réel dans la société québécoise contemporaine.

Il me fait plaisir de souligner la collaboration de madame Hélène Deraspe, psychologue, qui a enrichi la préparation de cet atelier de son expérience clinique auprès des familles de toxicomanes.

Bibliographie

Aulagnier, P. Les destins du plaisir.Paris, P.U.F. 1979.

Bleton, I. Les pères "à l'ancienne" et les "nouveaux pères" au Québec, U.Q.A.M. mars 1986.

Delaisi de Parseval, G. La part du père, Seuil, 1981.

Charters, A. Kerouac, le vagabond, L'Etincelle, 1975.

Chasseguet-Smirgel, J. Pour une psychanalyse de l'alcoolisme par A. De Mijolla et S.A. Shentoub. Réflexions critiques. Revue française de psychanalyse, 1,2,1975,pp.345-350.

Chasseguet-Smirgel, J. L'idéal du Moi: essai de psychanalyse sur la maladie de l'idéalité, Tchou, 1974

Nadeau, L. Quand la communauté thérapeutique devient-elle maltraitante? Santé mentale au Québec,déc.1984.

Mannoni, M. La théorie comme fiction, Seuil, 1979.

Olievenstein, C. La vie du toxicomane, Paris, P.U.F. 1982.

NO 3

Intervention auprès des familles: approche systémique

□ Robert PAUZÉ,
Psychologue ayant une formation en thérapie familiale et en intervention systémique auprès des institutions. Il travaille à la clinique de médecine de l'adolescence de l'hôpital Ste-Justine étant de plus consultant et formateur en approche systémique dans différents centres d'accueil de Montréal et de la région.

□ Linda ROY,
Travailleuse sociale ayant une formation en thérapie familiale et en intervention de réseaux. Elle travaille dans une équipe de psychiatrie pour enfants et adolescents de Ville Lasalle; elle est également chargée de formation pratique à l'École de service social de l'Université de Montréal et travaille comme formatrice à l'approche systémique dans différents centres d'accueil de Montréal.

S'élever pour mieux voir,
relier pour mieux comprendre,
et se situer pour mieux agir.
J. de Rosnay

LE PROCESSUS D'HYPOTHETISATION

Une équipe de psychiatrie demande à un centre d'accueil de prendre en charge un enfant présentant des troubles de comportement importants: il est agressif tant à la maison qu'à l'école. Ses parents n'en viennent plus à bout; ils sont dépassés par la situation.

Une équipe éducative demande à un consultant son opinion à propos d'un enfant qu'ils viennent d'accueillir. Cet enfant présente passablement de problèmes. D'ailleurs il aurait déjà épuisé deux autres ressources avant d'être placé chez eux.

Que faire? Par où commencer? Quelle(s) voie(s) suivre?

Quelle position adopter devant de telles demandes? Quelle est l'implication du demandeur dans le problème présenté? Quels sont les enjeux en cause? Quel rôle veut-on faire jouer à l'intervenant? Quel(s) évènement(s) a (ont) précipité la demande?

Autant de questions auxquelles il faudrait essayer de répondre avant d'accepter de s'engager définitivement. Or, plus souvent qu'autrement toutes ces informations ne sont pas disponibles et parfois même certaines vont rester cachées.

Par ailleurs, si l'intervenant accepte de répondre sans saisir les enjeux de la demande il risque
-de se centrer sur le problème à résoudre sans s'interroger sur le rôle du demandeur dans la problématique en question.
-de prendre en charge le patient identifié, de soulager les personnes qui l'entourent et éventuellement de se retrouver seul face au problème à résoudre
-d'être en problème et éventuellement de devenir un nouvel élément du problème
-et à la limite d'être le prochain demandeur et de passer la main à un autre intervenant.

Ce scénario n'est pas le seul et unique possible, mais disons qu'il a beaucoup plus de chance de se réaliser si la personne qui fait la demande d'aide n'est pas le patient désigné et/ou si plusieurs sous-systèmes sont impliqués dans

Robert Pauzé et Linda Roy ainsi que Guy Ausloos, Danièle Basque, Michel Bouchard, François Chagnon, Alain Dalpé, Michelle Gagnon, Jacques Mercier et Odette Laviolette ont participé à l'écriture de ce texte.

la problématique en question.

Que faire pour éviter pareille cascade? Pour Gabrelli, il faut commencer par lire correctement le système dans lequel s'inscrit le patient désigné. Il propose de suivre cinq points, qui forment dans leur ensemble un fil conducteur fort utile. Ces cinq points sont: faire le dessin des relations; identifier les sous-systèmes; déterminer les interactions à retenir pour expliquer le problème; l'analyse de la demande; choisir une réponse adéquate à la demande. En d'autres termes l'opérateur doit veiller à élaborer une hypothèse de travail qui tienne compte à la fois du comportement symptomatique, du demandeur et du jeu relationnel qui a conduit à l'élaboration de la demande.

QU'EST-CE QU'UNE HYPOTHESE?

Selon l'Oxford Dictionary, l'hypothèse est une supposition faite pour servir de base de raisonnement, sans référence à sa vérité. Selon le Petit Robert, l'hypothèse est une proposition relative à l'explication de certains phénomènes naturels, admise provisoirement avant d'être soumise au contrôle de l'expérience.

Pour nous, une hypothèse c'est essentiellement une question que l'on pose,un biais, une porte d'entrée possible sur une problématique donnée, une carte d'explorateur. Or, on sait bien que la carte n'est pas le territoire mais un guide pour l'explorer. Dans cette perspective une hypothèse n'est ni vérité ni diagnostic mais "une manière de construire le réel" (Elkaïm,1985).

Dans les faits, beaucoup d'intervenants dans le domaine des sciences humaines confondent hypothèse et diagnostic et font parfois de leur hypothèse de départ leur diagnostic final. La difficulté des intervenans sociaux de travailler à partir d'une hypothèse non explicative mais exploratrice est probablement dûe au fait que la plupart d'entre eux ont reçue une formation basée sur le modèle médical: symptôme--diagnostic-- traitement. Or, travailler à partir d'un diagnostic initial risque d'amener l'intervenant à interpréter tous les nouveaux événements en fonction de son hypothèse de départ au lieu d'ajuster cette hypothèse aux informations qu'il recueille au sujet de la situation problème. Parfois même, l'opérateur risque de reléguer au second plan et même de dissimuler les informations nouvelles qui ne confirment pas son impression diagnostique première.

Dans les faits, il est pratiquement impossible qu'une hypothèse de départ reste inchangée au cours d'une intervention. D'un côté, les rencontres usager(s)/opérateur(s) vont éventuellement permettre à l'opérateur de faire la lumière sur les différents enjeux individuels et collectifs des personnes directement

concernées par le problème et sur les règles de fonctionnement du ou des systèmes impliqués. D'un autre côté, ces rencontres peuvent provoquer certains changements dans les patrons interactionnels des systèmes concernés ce qui va nécessairement obliger l'opérateur à réajuster son hypothèse de départ.

NECESSITES ET UTILITES DE L'HYPOTHESE

Pourquoi se donner tant de peine à élaborer une hypothèse de départ quand on sait que cette hypothèse sera inévitablement remaniée et parfois même rejetée? Pourquoi ne pas tout simplement attendre d'avoir tous les éléments d'information en main avant de miser sur une hypothèse ou une autre?

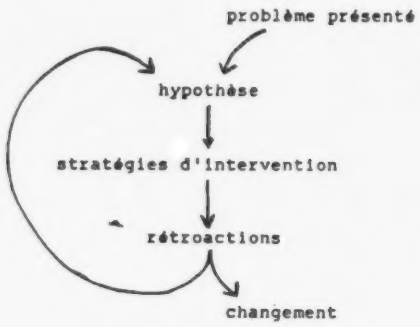
Une des premières raisons c'est qu'il s'écoule parfois beaucoup de temps avant que l'opérateur puisse identifier les redondances interactionnelles qui empêchent le sytème de sortir de la crise. Une autre raison c'est que l'opérateur doit se donner certaines balises pour investiguer la problématique qui lui est présentée. Si l'opérateur n'a pas d'hypothèse de départ il risque de se mettre à la remorque des évènements-crises vécus par l'usager et de ne plus savoir où donner de la tête. L'hypothèse peut donc lui servir à délimiter le champ de son investigation et à donner une certaine cohérence à son intervention. En troisième lieu, l'hypothèse peut aider l'opérateur à organiser, à donner un sens, une direction à un ensemble de faits qui peuvent sembler disparates et incohérents au départ. En dernier lieu, l'hypothèse permet à l'opérateur de définir de façon provisoire son mandat et ses limites, évitant ainsi de tomber dans le jeu de de prendre à son compte la souffrance et les difficultés de l'usager.

SPECIFICITE DE L'HYPOTHESE SYSTEMIQUE

Il y a souvent confusion quand on parle d'hypothèse systémique. Certains pensent que l'hypothèse est en rapport à la stratégie d'intervention (hypothèse d'intervention), d'autres pensent que l'hypothèse doit se faire en rapport direct avec la famille d'appartenance du patient identifié (hypothèse familialiste), d'autres enfin pensent que l'hypothèse doit expliquer le sens caché du symptôme (hypothèse linéaire). De notre point de vue, l'hypothèse systémique concerne la nature des interactions entre certains individus en relation les uns avec les autres. Plus particulièrement l'hypothèse systémique a rapport aux redondances interactionnelles mis à jour par le symptôme pour lequel on a fait une demande d'aide.

L'hypothèse va donc servir à donner une direction aux

questions que nous allons poser au système en face de nous (stratégies d'intervention). C'est à partir des rétroactions obtenues par notre stratégie d'intervention que nous pourrons ou non confirmer et/ou ajuster notre hypothèse de départ. Selon Evequoz, l'élaboration de l'hypothèse se fait par essais et erreurs. L'essai est indispensable et n'est pas une erreur; il le devient lorsque l'on persiste dans la même voie. (p.73)



En conséquence, une des premières tâches de l'opérateur systémique sera de définir les limites extérieures du sytème qu'il aura à étudier. Il devra donc identifier toutes les personnes et/ou sous-systèmes impliqués par la problématique qui lui est présentée et non seulement la famille du patient concerné.(dessin des relations). Par la suite, il aura à identifier les différents enjeux individuels et collectifs en cause. Enfin il aura à définir avec qui il pense travailler et dans quelle(s) direction(s).

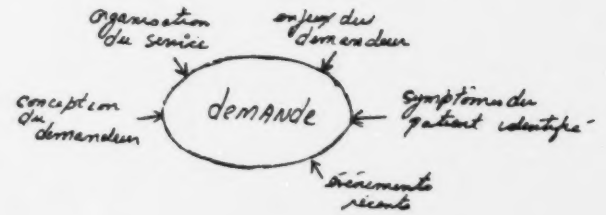
PROCESSUS D'ELABORATION DE L'HYPOTHESE

LA DEMANDE

L'hypothèse sera d'abord et avant tout conditionnée par le contenu de la demande. Or, une demande ne parle pas seulement du problème pour lequel on consulte. Inévitablement la demande sera influencée tant par la conception que le demandeur a de la maladie mentale que par l'organisation et la raison d'être du service auquel il s'adresse (Onnis). De plus, elle sera conditionnée par les enjeux du demandeurs. De fait, la demande cache parfois une proposition d'alliance ou de coalition du demandeur avec l'opérateur contre un ou plusieurs protagonistes. Parfois, elle correspond à un compromis de points de vue différents partagés par les différentes personnes et sous-systèmes impliqués dans la problématique en question.

Une constante demeure: la demande est presque toujours organisée en fonction des symptômes présentés par le patient identifié. Cela peut s'expliquer, du moins en partie, par le conditionnement exercé par les institutions (centration sur l'individu symptômatique) qui elles sont à leur tour

fortement teintées par le modèle médical (symptômes-diagnostic- traitement). Or, dans les faits, la demande n'est pas toujours motivée par les symptômes du patient désigné. Parfois elle naît des conflits qui surgissent entre les différents membres du système ou entre différents sous-systèmes en réaction aux conduites du patient désigné. En ce sens, il est très important de questionner le demandeur sur le ou les événements récents qui ont motivé la demande. Cela peut nous aider à identifier certains jeux relationnels mis en évidence par les comportements dits symptômatiques, jeux relationnels qui ont souvent pour conséquence de favoriser le maintien des symptômes. Par exemple, des parents consultent un psychologue parce que leur fils unique fait l'école buissonnière depuis quelque temps. En demandant à la famille quel(s) événements récents les ont amenés à consulter, le psychologue pourrait peut-être apprendre que cette décision a été prise suite à une querelle entre le père et la mère au sujet des absences de ce dernier à l'école; que monsieur se plaindrait de l'ingratitude et de la paresse de son fils et madame des exigences trop strictes et de la non-disponibilité de son mari à l'égard de ce fils qui a pourtant toujours fait du mieux qu'il pouvait; que monsieur aurait accusé madame de prendre pour le fils, d'être sa complice; que la mère est fatiguée de ces querelles mais qu'elle se sent tout de même coincée dans un triangle inadmissible entre son mari et son fils, qu'elle a toujours joué un rôle régulateur entre eux; etc.,etc.. Dans ce contexte, si le psychologue se centre trop rapidement sur le problème à résoudre, il risque de passer à coté du problème implicite pour lequel les parents consultent à savoir "faites en sorte que l'on ait plus à se disputer à propos de notre fils". Si ce dernier ne prend pas le temps de bien entendre l'implicite de la demande, il risque de travailler avec des parents qui ne seront jamais contents des résultats de son intervention puisque le fils, même s'il retourne à l'école, pourrait éventuellement continuer à mettre ses parents en conflit.



L'OPERATEUR

En second lieu, le processus d'élaboration de l'hypothèse sera directement influencé par le type de formation professionnelle que l'opérateur a reçue. De plus, ce processus sera inévitablement teintée par son histoire personnelle, c'est-à-dire de l'influence qu'il a subie dans sa famille d'origine, les roles qu'il a eu à jouer, le milieu socio-économique dans lequel il a grandit, etc. Selon Jacqueline Prud'Homme (1983), "l'opérateur qui n'est pas

conscient des motivations liées à son travail, transporte dans sa pratique le rôle joué dans sa famille d'origine. Il lui est très facile de prendre position contre un membre d'une famille ou de s'allier subtilement à un autre et ce, simplement parce que la situation donnée offre des ressemblances étroites avec les situations vécues dans sa famille d'origine".

Il en est de même avec les valeurs que l'opérateur a pu intégrer dans son milieu familial et social d'origine. De fait, certains opérateurs provenant de milieux socio-économiques moyens ou favorisés et travaillant auprès d'une clientèle d'émigrés et/ou défavorisée vont parfois chercher à imposer de façon plus ou moins consciente leurs propres valeurs et balayer du revers de la main ce qui est singulier à ces sous-cultures.

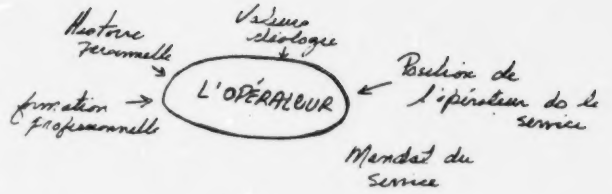
Enfin, ce processus d'élaboration de l'hypothèse sera aussi teinté par la position de l'opérateur, son rôle, ses mandats et ceux de l'institution par qui il est engagé. Par exemple, la lecture que fait un opérateur d'un évènement-crise risque d'être différente dépendamment si son rôle est celui de thérapeute ou d'agent de contrôle social. En effet, selon Haley (1982), l'objectif du thérapeute est d'introduire une plus grande complexité dans la vie des personnes, au sens de briser des séquences répétitives de comportement et de susciter de nouvelles alternatives. Il ne désire pas qu'un patient suive simplement des directives, mais veut qu'il prenne l'initiative de penser et d'agir d'une façon que le thérapeute lui-même peut ne pas avoir envisagée. En ce sens il encourage l'imprévisible et sa tâche est de favoriser le changement et un nouveau comportement, souvent imprévu. L'agent de contrôle social poursuit l'objectif inverse. Il tend à normaliser les personnes dans la communauté et a réduire l'imprévu. Il veut que le perturbateur retrouve un comportement prévisible et habituel. Dans le premier cas l'évènement-crise sera possiblement perçu comme nécessaire et souhaitable alors que dans le second cas, ce même évènement pourra signaler une dysfonction, une déviance par rapport à la norme.

Dans ce contexte, il est peu probable que des opérateurs différents, confrontés à une même situation, optent pour une hypothèse identique. Chaque opérateur va teinter son hypothèse de sa réalité personnelle et du mandat qu'il a à porter.

Qu'est-ce qui fait alors que telle hypothèse sera plus utile que telle autre? Si on reprend l'analogie de Mony Elkaïm (1985) à propos de la carte et du territoire, ce qui importe, selon lui, ce n'est pas tant que la carte choisie par l'opérateur corresponde dans les moindres détails au territoire de l'usager mais plutôt que les cartes de l'un et de l'autre soient compatibles. En d'autres mots, le travail est grandement facilité quand la façon dont l'opérateur aborde la réalité de l'usager est congruente avec la façon

dont l'usager construit sa propre réalité. Dans les faits, il arrive souvent que les hypothèses de travail des opérateurs sociaux soient très loin de la manière dont les usagers construisent leur propre réalité. C'est la manière dont l'opérateur construit la réalité qui devient le critère de référence pour l'intervention. Dans ces circonstances, il ne faudra pas s'étonner si l'usager offre une certaine résistance à la bonne volonté de l'opérateur bienveillant.

Pour Evequoz (1984), il faut essayer d'identifier le point système c'est-à-dire le point vers lequel converge le nombre maximum de fonctions essentielles à un système. Le changement de ce point aboutit a une transformation maximum avec une dépense minimum d'énergie.(p.69). En agissant sur le point système on garantit le maximum de productivité à l'intervention, en ceci qu'on touche le centre de la relation. Inversement, une intervention quelle qu'elle soit, même si elle est construite dans une rigoureuse logique systémique mais ne s'approche pas de ce point, demeure inefficace ou marginale: ou encore elle est propédeutique, en ce sens qu'elle fournit à travers les réroactions, des informations sur l'approche du point système. (p.90) C'est la recherche d'informations qui va permettre au psychologue de pouvoir confirmer ou infirmer son hypothèse. Pour cela, il faut tonduire son investissement avant tout sur des faits concrets et en termes de comportements spécifiques dans des situations précises. (p.91)



LE REFERENT

On ne peut pas non plus aborder la question de l'hypothèse en passant sous silence le rôle du référent dans le processus de demande d'aide car la demande d'aide n'origine pas toujours du sytème qui semble en crise. Cette demande d'aide est parfois soufflée par le référent qui, lui, s'est malencontreusement englué dans le système qu'il nous réfère. Dans ce contexte, le problème n'est plus seulement celui de la famille qui consulte, c'est parfois même essentiellement celui du référent qui n'arrive plus à s'en sortir.

Selon Selvini (1984), un opérateur qui n'est pas conscient du fait qu'il peut être englué et englobé d'une façon silencieuse par un système familial risque si cela lui arrive de passer par trois phases consécutives. La phase initiale est caractérisée par un sentiment de gratification; il a l'impression d'être accepté par la famille et de pouvoir l'aider. Mais en même temps il sent que ses efforts

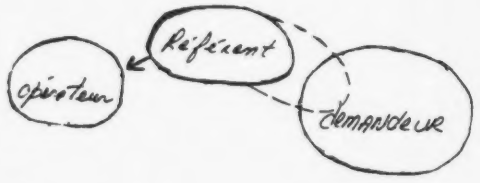
pour provoquer un changement sont vains. L'opérateur entre alors dans la deuxième phase caractérisée par un malaise grandissant, par une vague sensation de se sentir piégé qui va le pousser dans la troisième phase. Celle-ci est dominée par l'exaspération et par la recherche de solution qui lui paraîtra la plus valable: c'est-à-dire l'envoi de la famille en thérapie familiale. La réaction de la famille qui a été envoyée en thérapie de cette manière est la suivante:obéir. En effet, le référent est devenu si précieux pour l'homéostasie du système familial que lon ne doit pas le décevoir et qu'il faut à tout prix suivre sa proposition

En conséquence, la première question que nous devons nous poser au moment d'élaborer l'hypothèse de départ est la suivante:

-Quelle est la position actuelle du référent quant au problème qui nous est présenté?

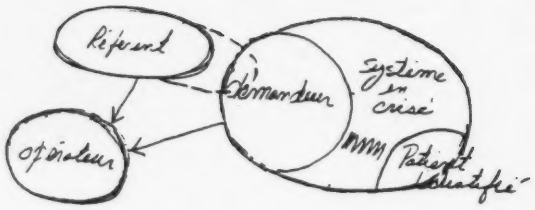
-N'est-il pas impliqué à tel point dans la problématique qu'il est lui-même devenu un élément de maintien du dysfonctionnement?

-Le problème n'est-il pas avant tout celui du référent qui cherche à passer la main à quelqu'un d'autre?



LE DEMANDEUR

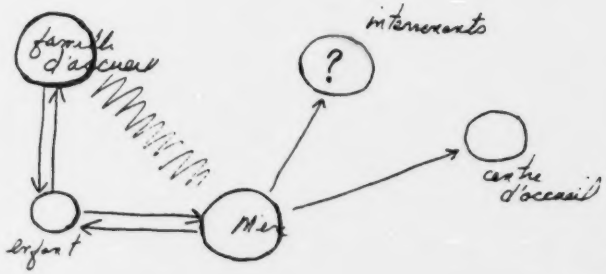
Ces dernières considérations nous amène à parler de la question épineuse du demandeur. Pour Jacques Pluymakers (1984), le premier problème qui l'intéresse ce n'est pas tant le problème pour lequel on le consulte mais bien celui du demandeur qui tente de lui refiler le problème. Comme on l'a vu plus haut, le demandeur c'est parfois le référent qui est maintenant pris avec le problème du demandeur initial. Le danger dans ce contexte-là c'est d'accepter d'entrer dans le jeu qui nous est proposé de la même manière que l'a fait le référent-demandeur au moment ou il a été impliqué dans la problématique de départ. La première question qu'il faut essayer d'élucider c'est comment cet opérateur a participé au maintien des difficultés pour lesquelles il a été consulté au départ. Par contre, si la demande est faite par un des membres du système dans lequel vit le patient identifié la tâche de l'opérateur c'est bien sûr de commencer par écouter le problème pour lequel on nous consulte pour très vite essayer d'identifier les personnes concernées par le problème et le rôle particulier du demandeur dans ce système élargi. Y a-t-il quelqu'un qui lui souffle la demande?



DESSIN DE LA CARTE DES RELATIONS

A ce stade-ci du processus il est important de faire le dessin de la carte des relations:
-quels sont les différents sous-systèmes impliqués (famille, institution, groupe d'amis(es)), leurs finalités respectives,
-les enjeux individuels, la place que chacun occupe (il ne faut pas oublier d'inclure les personnes absentes et parfois même les personnes décédées parce qu'elles peuvent jouer un rôle déterminant sur la nature des interactions entre les différents membres d'un système), quel(s) lien(s) y a-t-il entre toutes ces personnes et, enfin, quelle est la place du patient identifié dans tout méli-mélo interactionnel?

De ce dessin, nous allons nous allons essayer d'identifier les relations qui nous semblent déterminantes en rapport au problème présenté. Par exemple, un enfant placé en famille d'accueil présente des problèmes depuis quelque temps: il vole, ne respecte plus l'horaire, se montre indifférent. Ce qui étonne ici, c'est que cet enfant semblait assez bien dans cette famille, meme qu'il voulait appeler le père de la famille d'accueil papa. Que se passe-t-il? Si l'on fait le dessin des relations, on se rend compte qu'il y a d'un côté la famille d'accueil, les amis(es) que l'enfant s'est fait dans le quartier, son professeur qu'il aime bien, etc., et de l'autre côté, sa mère, la famille élargie de madame avec qui elle est en conflit, ses amis(es), son travail, etc. On apprend aussi que depuis quelque temps madame dit à son fils qu'elle pense le reprendre dans quelque temps. Par contre, aux intervenants sociaux elle dit ne pas se sentir prête à vivre à temps plein avec son fils. D'ailleurs, elle trouve qu'il a passablement de problèmes encore. Elle pense qu'un centre d'accueil serait tout indiqué pour lui; elle pense aussi que la famille d'accueil ne semble pas l'aider beaucoup d'autant plus qu'il présente des problèmes de plus en plus importants chez celle-ci.



A la lecture du dessin des relations on se rend compte

que l'enfant est coincé dans un conflit de loyauté entre sa mère et sa famille d'accueil. De son côté, la mère est coincée dans une double contrainte: à la fois accepter que quelqu'un d'autre s'occupe de son fils, mais d'un autre avoir peur que celui-ci s'attache à d'autres personnes qu'elle, risquant ainsi de le perdre affectivement. Ainsi, quand elle voit que son fils commence à trop s'attacher aux personnes de son entourage elle lui parle de la possibilité de la reprendre. Ce dernier commence alors à désinvestir sa famille d'accueil. Il se prépare à partir. La famille d'accueil amplifie son contrôle: une escalade symétrique s'installe entre eux et l'enfant. Les intervenants sociaux sont coincés eux aussi: ils sont très content du travail fait par la famille d'accueil jusqu'à maintenant mais en même temps ils ne peuvent accepter qu'un enfant se déterriore ainsi. Compte tenu de leur mandat de contrôle, ils se sentent obligés d'intervenir. D'un côté, la mère leur dit qu'elle n'est pas en mesure de reprendre son enfant. De l'autre côté, la famille d'accueil se sent de plus en plus dépassée par les comportements de ce garçons. Que faire? La suggestion du placement en centre d'accueil apparaît souvent comme une solution de choix dans ces circonstances: elle est de fait régulatrice pour chacun des trois sous-systèmes impliqués (famille d'accueil, mère, intervenants). Pour ce qui est des finalités de l'enfant... On repassera!

NO 4

Intervention auprès des familles: approche socio-cognitive

□ **Hélène POITRAS-WRIGHT,**

Graduée de McGill (B.A.;1974) et de Concordia (M.A.;1978) en Psychologie Clinique, elle fut Intervenante, de 1976 à 1982, et Chef de Secteur, de 1982 à 1984, au Centre de réadaptation Alternatives; elle est chargée de cours au Certificat de Toxicomanies de l'Université de Montréal depuis 1980 et exerce en pratique privée (individuelle, de couple et familiale) depuis 1984. Membre de la C.P.P.Q. et du Canadian Addiction Foundation depuis 1980.

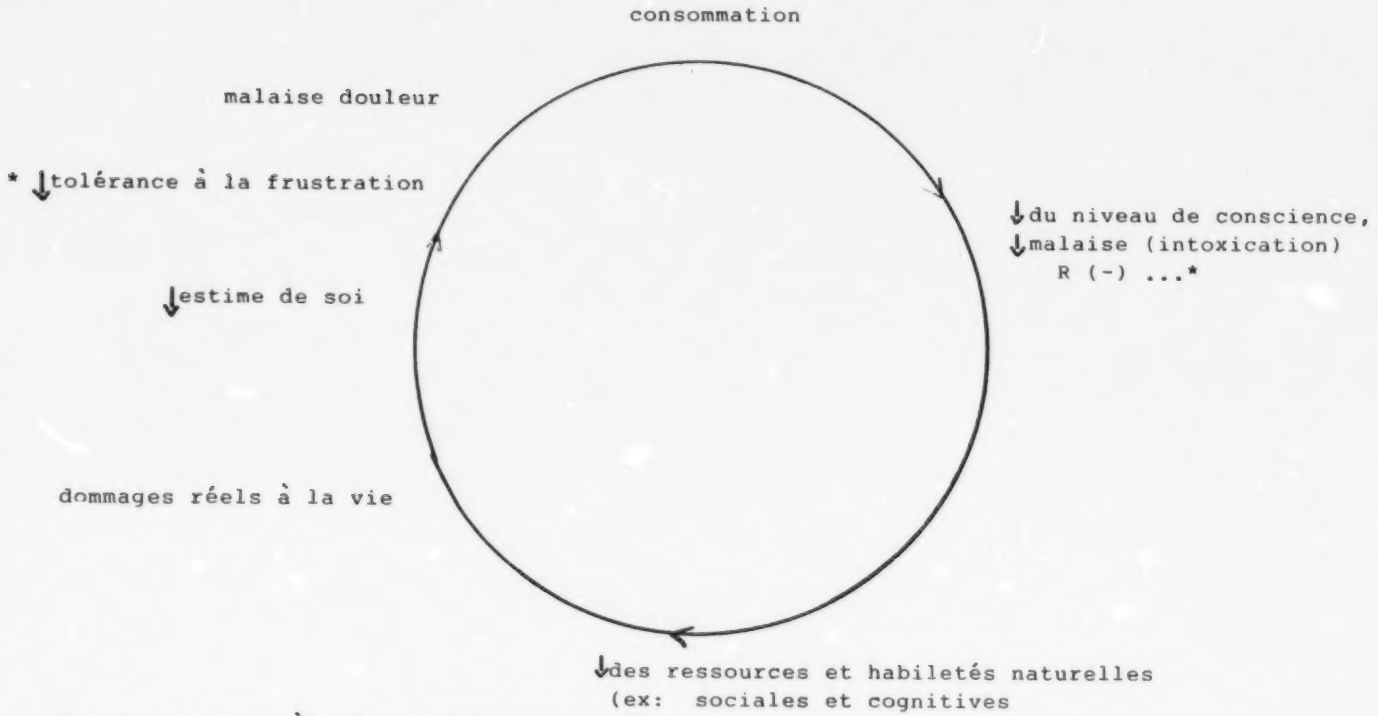
CANEVAS DE PRESENTATION

JEUNES TOXICOMANES: INTERVENTION FAMILIALE; APPROCHE SOCIO-COGNITIVE

1- Contexte théorique: pertinence de l'entraînement aux habiletés sociales et cognitives en fonction:

1a) DU CYCLE D'ASSUETUDE (S. Peele)

Selon S. Peele, l'assuétude est plus que la seule réponse de surconsommation de psychotropes, c'est une expérience de vie qui comprend plusieurs composantes. Ces composantes sont interreliées et s'imbriquent dans un cycle. Une fois l'assuétude établie, le cycle a une autonomie fonctionnelle, c'est-à-dire qu'il fonctionne sur son "propre pouvoir" où chaque composante active la suivante etc... etc... dans un cercle vicieux.



* Ajouts au modèle de S. Peele effectués par H.P.W.

Dans cette perspective deux implications cliniques s'imposent:

1) Pour être complète et efficace, l'intervention doit briser le cycle en plusieurs endroits donc s'attaquer à la surconsommation et à une ou deux autres composantes et
2) pour remplacer l'assuétude par une autre façon constructive et durable de composer avec sa vie l'intervention doit activement augmenter la compétence personnelle du client.

Ceci est l'objectif premier de l'entraînement aux habiletés sociales et cognitives en intervention auprès des toxicomanes.

1b) DES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Les observations cliniques suggèrent que:

a) les premières expériences avec les psychotropes, en particulier les drogués de rue, s'effectuent à l'adolescence
b) que les jeunes toxicomanes ont tendance à s'entourer de pairs "toxicomanes" établissant une sous-culture (mécanismes de communication et habiletés sociales "adaptés" à cette sous-culture)
c) expérimentent des difficultés accrues d'insertion sociale dans le "main-stream" de la société (ex: études, emplois, criminalisation, etc.)
d) affrontent tôt des dommages à la vie (bris familial, dettes, maladie, etc.)
e) et présentent fréquemment des cognitions, comportements et attitudes qui sont interprétés comme immatures (maturité relative: âge psychosocial vs chronologique) à court-terme et d'inadaptés socialement.

L'adolescent et le jeune adulte ont pour tâche développementale principale d'acquérir des habiletés sociales et cognitives nécessaires à l'ajustement au monde adulte. Par sa consommation hâtive, par la restriction de son milieu d'apprentissage à un sous-groupe, le jeune toxicomane a une possibilité très restreinte de franchir les palliers d'apprentissages nécessaires au développement d'une compétence personnelle viable dans une société adulte. Il se retrouve donc sous-équipé par rapport à son groupe d'âge et doit par surcroît faire face à des difficultés (dommages à la vie) nettement plus grandes. Une intervention active et structurée est nécessaire pour guider le jeune toxicomane vers la compétence personnelle et sociale et surtout pour accélérer un processus que la société ou la famille n'a plus souvent la patience d'attendre bien longtemps.

*1c) DU PHENOMENE FAMILIAL (D. Stanton)

D. Stanton propose une vision systémique de l'assuétude où:

1) la famille constitue un système
2) qui est principalement régi par le type d'interactions entre ses membres et où
3) l'assuétude d'un de ses membres servirait d'agent régulateur (mécanisme d'homéostasie) du système familial.

Ainsi bien que non désirée consciemment ni provoquée volontairement par les autres membres de la famille, l'assuétude d'un jeune adulte pourrait:

a) être maintenue par le type d'interactions familiales et
b) le système familial pourrait être résistant au changement ("sabotage inconscient") du membre toxicomane pour sauvegarder l'équilibre familial.

Ex: Histoire de cas réel: S.L., aîné de 3 enfants. A la puberté, discorde de couple importante, menaçante pour l'unité familiale. S.L. développe des comportements "délinquants" et surconsommation solidarisation des parents pour affronter le problème. Deux ans plus tard: nouveau "modus vivandi" où le problème n'est plus au niveau du couple mais face à l'aîné. Parents très solidaires bien que peu "aimants" l'un envers l'autre.

Dans une situation où le maintien de l'assuétude du jeune adulte est clairement associé à la dynamique familiale, l'approche socio-cognitive, en particulier l'entraînement à la communication, à l'affirmation de soi et

à la prise de décisions (résolution de problèmes) sont particulièrement pertinents pour permettre au jeune adulte de:

1) se soustraire de la dynamique existante qui le maintient dans l'assuétude
2) d'établir de nouveaux rapports adultes et compétents avec le reste de la famille et
3) pour permettre aux autres membres de rétablir l'équilibre du système "sans symptôme".

A cet effet, une intervention familiale est nécessaire.

II- Entraînement aux habiletés de communication, de négociation et de résolution de problèmes en intervention familiale:

11a) L'approche socio-cognitive classique nécessite un entraînement isolé des différentes habiletés en besoin et ce par individu. En ce sens l'intervention familiale avec cette approche représente une tâche de dimensions importantes si elle est appliquée au pied de la lettre. Par exemple si le père nécessite un entraînement à l'affirmation, la mère à la résolution de problèmes et le jeune adulte à l'affirmation, à la communication et à la résolution de problèmes, une intervention puriste classique devient trop hardue (dans une analyse de coûts et bénéfices). Par contre une approche familiale permet à l'intervenant d'agir directement sur les membres significatifs du système et surtout sur les interactions entre eux ce qui la rend extrêmement rentable. La réalité thérapeutique est telle que l'intervenant, s'il est adroit, ne dispose que de quelques rencontres pour "modifier le système en douceur". Donc des ajustements doivent être effectués pour réduire l'intervention familiale en des proportions réalistes qui miniminisent les coûts et maximisent les bénéfices.

AJUSTEMENTS:

1) Conceptualiser l'intervention familiale en terme de 6 - 10 rencontres (court-terme)
2) limiter l'intervention familiale aux membres réceptifs et capables de changer (sinon opter pour un travail de séparation)
3) limiter l'intervention aux interactions non sur les personnes autres que le client
4) investir systématiquement et de façon soutenue en intervention individuelle avec le client sur l'acquisition de compétences inter-personnelles et ce, parallèlement à l'intervention familiale
5) se concentrer sur les comportements-cibles principaux par intervention directe
6) escamoter la procédure "classique" (ex: introduction de la rationnelle etc...) en adoptant le leadership informel de la démarche, du déblayage effectué et simplifié par l'intervenant et la personnalisation du devoir thérapeutique simple.

11b- PROCEDURES

1) SET COGNITIF

L'ennemi premier de la réceptivité des "autres membres de la famille à l'intervention familiale est la peur du blâme, la peur d'être culpabilisé. Pour l'aidé identifié, c'est plutôt la peur de déstabiliser un système qui "irait bien de soi sans lui/ou elle" ou encore de s'attirer encore plus de confilts qu'il n'en existe déjà sans aucun gain. D'où l'importance d'établir un set cognitif (ou toile de fond) à l'interven-

tion qui ne blâme personne et qui suggère les gains potentiels et non menaçants pour le système familial et ce dès le départ de l'intervention.

Pour ce faire, l'intervenant doit être en mesure:

1) d'identifier des interactions-types qui pourraient être à travailler
2) d'établir l'emphase sur le systeme non sur les personnes et de respecter le droit à l'individualité de chacun
3) de suggérer sur "le vif" des façons "autres" de procéder toujours sans blâmer quiconque
4) de faire valoir de façon tangible les bénéfices spécifiques qu'ils ont comme système familial à en retirer
5) et enfin de s'adresser aux craintes directement si celles-ci sont soulevées.

2) UTILISATION DU MODELAGE ET D'INSTRUCTIONS

Le thérapeute peut illustrer les comportements désirés et en accélérer l'acquisition par modelage:

REGLES A SUIVRE:

1) instructions (description de qui il incarne, du comportement désiré, de l'impact désiré)
2) pratique avec les membres de la famille, en offrant un modèle de compétence intermédiaire (coping model)
3) modelage de comportements simples, un à la fois, un par membre de la famille
4) sélection de comportements-cibles complémentaires, balancer le niveau de difficultés équitablement entre les membres.

3) LA PRATIQUE "IN VIVO"

La pratique sur le vif, in vivo signifie utiliser une interaction réelle et demander aux membres de la reprendre en corrigeant certains comportements (suite à instructions et modelage).

REGLES A SUIVRE:

1) utilisation de situations simples mais pertinentes aux yeux de la famille
2) progression hiérarchique du niveau de difficultés des habiletés pratiquées et progression hiérarchique du niveau de difficultés des situations (contexte) de pratique
3) utilisation de la pratique informelle, sur le vif au fil des rencontres, donc plusieurs pratiques brèves, sur sujets d'actualité pour la famille.

4) DEVOIR THERAPEUTIQUE

L'apprentissage est accélérée par la pratique en milieu naturel et le transfert des acquis (ou généralisation) est facilité par le devoir thérapeutique.

REGLES A SUIVRE

1) un devoir à la fois, par membre de la famille
2) un devoir clair

IIc- LE DEBLAYAGE EN ENTREVUE: RESOLUTION DE PROBLEMES

Très souvent les conflits familiaux sont crystalisés en schèmes très prévisibles: aux mêmes problèmes, les mêmes attitudes, mêmes éléments et réponses et mêmes affrontements. La participation active de l'intervenant à effectuer de la résolution de problèmes est souvent nécessaire pour déblayer une étape préalable à l'entraînement à la communication ou à l'affirmation.

Pour effectuer une résolution de problème familial, l'intervenant

1) vérifie si chaque membre présent est d'accord à tenter de résoudre ledit problème
2) formule le problème en termes spécifiques et non-biaisés
3) invite chaque membre à proposer des solutions potentielles sans les "filtrer" ni filtrer celles offertes par les autres membres de la famille ("Brainstorming") l'intervenant contribue ici activement à suggérer des solutions
4) une fois le "brainstorming" effectué, l'intervenant invite chaque membre à mentionner les solutions qu'il / elle préfère et à élaborer les raisons de leurs préférences
5) évaluer avec la famille dans un processus de négociation les solutions intermédiaires ou compromis acceptables par tous
6) aider la famille à opérationaliser (décider de la mise en application) de la solution compromise.

Advenant qu'aucune solution intermédiaire soit accessible, l'intervenant peut entamer une négociation sur deux comportements ou solutions indépendantes et viser un compromis d'échange. Le processus de résolution de problèmes en famille nécessite que les règles de la communication soient respectées pour qu'un échange contructif ait lieu.

*COMPORTEMENTS-CIBLE FREQUENTS EN INTERVENTION FAMILIALE

COMMUNICATION: ECOUTE: ne pas interrompre
parler à et non de la personne
EXPRESSION: utiliser le je
nommer les émotions
phrases et interventions brèves

AFFIRMATION: communication plus
identifier ses limites
formuler des demandes claires
exprimer ses limites (fermeté sans agressivité)

RESOLUTION DE PROBLEMES: distribution des ressources familiales
orientation du choix de vie
sélection des possibilités thérapeutiques.

NO 5

Les jeunes dans les familles d'accueil

□ Liliane et Guy PAYETTE,

Mariés depuis 32 ans, ils sont parents de cinq enfants et grands-parents de neuf petits enfants. Se perfectionnant actuellement en techniques d'accueil pour enfants au Cegep de St-Jérôme, le couple est famille d'accueil depuis cinq ans et demi et s'occupe de jeunes aux prises avec des problèmes de drogues, de vol, de prostitution, d'inceste, ainsi que de mésadapté(e)s sociaux affectifs, de déficients légers et moyens et, depuis un an et demi, de jeunes avec des problèmes psychiatriques.

CRITERE D'UNE FAMILLE D'ACCUEIL

Pour nous les critères importants pour etre famille d'accueil sont la patience , la solidité , la collaboration entre conjoints et surtout la foi qui est nécéssaire pour se ressourcer et croire en l'aide que nous apportons aux jeunes en difficultés .

ROLE D'UNE FAMILLE D'ACCUEIL

Le role d'une famille d'accueil est d'apporter l'écoute et l'attention nécéssaire aux jeunes face à leur vécus , un support moral et social pour les aider à s'en sortir et réintégrer la société .

PORTRAIT D'UN JEUNE PLACE EN FAMILLE D'ACCUEIL

C'est un garcon de 15 ans qui prend de la drogue depuis l'age de 10 ans tel que le hash , la mescaline , le mushroom , la colle , le speed , enfin tout sauf de la cocaine . A 14 ans il a été jeté hors de son foyer naturel par sa mère qui était dépassée . Le jeune s'est retrouvé en centre d'accueil suite à des vols d'auto et de moto . A sa sortie du centre d'accueil , la mère ne voulait pas l'accepté . Alors on l'a envoyé chez-nous . Il était révolté contre sa mère et son père et n'acceptait pas l'autorité . Il revenait de l'école , drogué et faisait des fugues les fins de semaine . Il revenait avec la police ou on allaient le chercher au poste .

Le jeune disait vouloir arreter de prendre de la drogue mais après avoir cherché de l'aide auprès d'organisme en toxicomanie , nous n'avons pus trouvés personne qui pouvait s'occuper de jeunes en bas de 18 ans . Après deux mois , suite à une fugue de fin de semaine , il a pris de la drogue , fait un vol et est retourné en centre d'accueil , où son problème de drogue n'est pas nécéssairement pris en charge . Cette dernière fin de semaine où nous avons empaquetés ses bagages , nous avons trouvés un révolver , un poignard et différents accèssoires de rocker ...

CONCEPTION DE NOTRE ROLE DE FAMILLE D'ACCUEIL

Comme famille d'accueil nous devons au départ accepter les jeunes tel qu'ils sont et leur démontrer que nous sommes là pour les aider à regarder leurs difficultés . Nous ne sommes pas l'autorité parentale, meme si nous sommes des substituts parentaux .

AVANTAGE D'UNE FAMILLE D'ACCUEIL

Comme famille d'accueil nous pouvons etre plus objectifs face à ses jeunes , car ils ne sont pas nos enfants . Nous pouvons prendre du recul pour pouvoir mieux examiner la situation avec l'aide du travailleur social ou d'un intervenant s'il y'a lieu .

NOS LIMITES

Comme famille d'accueil , nous avons nos limites qui , je crois , sont atteintes aux moments où nous réalisons que personnellement nous ne pouvons rien offrir de plus que ce qui a été donné .

Notre expérience nous a démontrée qu'avant 6 mois un jeune ne changeait pas vraiment son comportement . Il évalue plus notre attitude , nos limites et notre réel désir de l'aider .

NOS ESPOIRS

Nous espérons qu'il y aura des intervenants spécialement formés pour les jeunes de moins de 18 ans ayant des problèmes de drogue et d'alcool , ceci afin de pouvoir aider plus adéquatement les familles d'accueil et les jeunes eux-meme .

NO 6

Décrochage, fugue, itinérance et non-travail chez les jeunes

□ Michel LAFORTUNE,
Animateur-fondateur au CRIC, psychologue en milieu scolaire, co-fondateur du programme de Travaux Communautaires pour jeunes à Montréal et à Laval, animateur au Programme Intégration au Travail.

□ Alice DIONNE,
Travailleuse communautaire au projet expérimental Corridor (1978-1981), membre active du projet d'intervention auprès des mineur(e)s prostitué(e)s (PIMP;1981-1985), elle travaille au Bureau Consultation Jeunesse depuis 1978 et est également coordonnatrice et animatrice au CRIC depuis 1985.

CANEVAS D'ATELIER

TITRE: Oisiveté, Décrochage, Non-Travail et Violence

OBJECTIF: Susciter chez les intervenants une prise de conscience des réalités auxquelles les jeunes sont de plus en plus confrontés.

CONTENU:

1. Démystifications de ces phénomènes.
2. Compréhension de ces phénomènes dans leurs dimensions cachées
3. Changements dans nos pratiques suscités par l'Emergence de ces nouvelles réalités.
4. Hypothèse de travail à développer.

NO 7

Cadre juridique de l'intervention auprès des jeunes

□ Line BEAUCHESNE,

Professeure au Département de Criminologie de l'Université d'Ottawa, elle a entre autres comme champ de spécialisation, la question des lois et drogues en rapport avec le système pénal. Sur ce sujet, elle a déjà publié plusieurs articles et un volume, touchant plus spécifiquement aux questions de prévention de l'abus des drogues chez les jeunes de même qu'aux aspects politiques, économiques et sociaux des lois actuelles.

Cadre juridique de l'intervention auprès des jeunes

A) Les fonctions économiques, politiques et sociales des lois sur les drogues et la situation canadienne.

Il existe deux lois canadiennes sur les drogues, la Loi sur les Stupéfiants et la Loi sur les Aliments et Drogues. La Loi sur les Stupéfiants englobe les produits qui furent interdits de possession, de trafic, de culture et d'importation afin de protéger certains monopoles de drogues des compagnies pharmaceutiques, et de satisfaire certaines alliances économico-politiques internationales. La Loi sur les Aliments et Drogues englobe des produits dont la distribution est contrôlée, i.e. la plupart des drogues fabriquées en laboratoire, théoriquement pour vérifier la qualité des produits distribués et contrôler les circuits de distribution afin d'assurer la pertinence de leurs prescriptions.

Le Canada, comme la plupart des pays, en mettant en oeuvre ces deux lois, emboîtait le pas aux États-Unis qui furent à l'origine de ces lois il y a moins d'un siècle, lors de la monopolisation du discours sur la santé par les médecins, ces derniers appuyés par les compagnies pharmaceutiques.

Pour visualiser le partage des drogues entre ces deux lois et les sanctions que peuvent entrainer des infractions à ces lois, se référer au tableau de la page suivante:

Comme vous pouvez le constater dans ce tableau, deux éléments ressortent:

1)le partage des drogues entre ces deux lois n'a rien à faire avec leur dangerosité;

2)les sanctions sont très sévères pour infractions à ces lois.

Mais il faut beaucoup nuancer ce que l'on voit sur ce tableau: quel est l'impact de telles lois sur les jeunes?

Tableau A
Interdictions, voies de procédure et peines prévues par la Loi sur les stupéfiants, la Loi des aliments et drogues (parties III et IV) et le projet de Loi S-19 (déposé à la Chambre des communes le 19 juin 1975).

Interdictions	Procédure au criminel	Peines maximales			
		Loi sur les stupéfiants[1]	Loi des aliments et drogues partie III[2]	Loi des aliments et drogues partie IV[3]	Bill S-19 cannabis (marijuana et haschisch)[4]
Simple possession	Déclaration sommaire de culpabilité	*Première infraction:* amende de $1000 ou 6 mois de prison, ou les deux. *Récidive:* amende de $2000 ou 1 an de prison, ou les deux.	Absence de délit	*Première infraction:* amende de $1000 ou 6 mois de prison, ou les deux. *Récidive:* amende de $2000 ou 1 an de prison, ou les deux.	*Première infraction:* amende de $500 ou, à défaut de paiement, 3 mois de prison. (En cas de libération inconditionnelle, le contrevenant est pardonné d'office. En cas de libération sous condition, il bénéficie d'un pardon automatique à l'expiration de l'ordonnance de probation.) *Récidive:* amende de $1000 ou, à défaut de paiement, 6 mois de prison.
	Mise en accusation	Emprisonnement pouvant aller jusqu'à sept ans.	Absence de délit	Amende de $5000 ou 3 ans de prison, ou les deux.	Rien de prévu. (déclaration sommaire seulement)
Trafic	Déclaration sommaire de culpabilité	Aucune disposition. (par acte d'accusation seulement)	18 mois de prison.	18 mois de prison.	Amende de $1000 ou 18 mois de prison, ou les deux.
	Mise en accusation	Emprisonnement à perpétuité.	Dix ans de prison.	Dix ans de prison.	Emprisonnement de quatorze ans moins un jour.
Possession en vue du trafic		Procédure au criminel et peines semblables à celles prévues pour le trafic.	Procédure au criminel et peines semblables à celles prévues pour le trafic.	Procédure au criminel et peines semblables à celles prévus pour le trafic.	Procédure au criminel et peines semblables à celles prévues pour le trafic.
Importation et exportation	Déclaration sommaire de culpabilité	Aucune disposition (par acte d'accusation seulement)	18 mois de prison.	18 mois de prison.	2 ans de prison.
	Mise en accusation	Emprisonnement à perpétuité, avec minimum de 7 ans.	Dix ans de prison.	Dix ans de prison.	Emprisonnement de quatorze ans moins un jour.
Culture	Déclaration sommaire de culpabilité	Aucune disposition. (par acte d'accusation seulement)	Absence de délit (La «fabrication» est comprise dans la définition du trafic.)	Absence de délit (La «fabrication» est comprise dans la définition du trafic.	Amende de $1000 ou 18 mois de prison, ou les deux.
	Mise en accusation	7 ans de prison.			10 ans de prison.

1La Loi sur les stupéfiants vise les substances opiacées naturelles et de synthèse (opium, héroïne et méthadone) ainsi que la cocaïne, le cannabis (marijuana et haschisch) et la phencyclidine (PCP).
2La Partie III vise les «drogues contrôlées» (amphétamines et barbituriques) inscrites à l'Annexe G de la Loi.
3La Partie IV vise les «drogues d'usage restreint» (hallucinogènes, tels le LSD, le STP et la MDA) inscrites à l'Annexe H de la Loi.
4Le bill S-19 aurait soustrait le cannabis à la Loi sur les stupéfiants et en aurait placé le contrôle dans une nouvelle Partie V de la Loi des aliments et drogues. Le bill a été retiré du *Feuilleton* à la fin de la dernière session 1974-1976 du trentième Parlement. En conséquence, le cannabis demeure toujours assujetti aux interdictions, voies de procédure et peines prévues par la Loi sur les stupéfiants.

B)Les changements récents dans la philosophie d'intervention pénale auprès des jeunes et la situation au Canada

Jusqu'à la fin des années 70, tant aux États-Unis qu'au Canada, existait la Loi de la Protection de la Jeunesse. Sous cette loi entraient les jeunes de moins de 18 ans qui souffraient de sévices familiaux (enfants battus, etc..), les fugueurs, les enfants jugés incorrigibles par leurs parents, leur école, ou qui avaient commis des infractions au code criminel: vols, agressions contre la personne, vandalisme, etc..et infractions à la Loi sur les Stupéfiants. Je ne mentionne pas la infractions à la Loi sur les Aliments et Drogues car cela implique la fabrication et/ou distribution illicites de drogues en laboratoire et il y a très peu de jeunes impliqués (n.b. jeunes au sens de la loi = - de 18 ans). Comme vous pouvez le constater, cette Loi de la Protection de la Jeunesse, en vigueur au Canada depuis 1908, reposait sur une philosophie d'aide aux jeunes, prenant pour acquis que même dans les cas d'infractions au Code criminel, les jeunes avaient davantage besoin d'aide que d'être punis.

Mais à la fin des années 70, dans le tournant des valeurs vers la droite, on décida que les jeunes ayant besoin de protection n'étaient pas l'affaire des tribunaux mais des services sociaux, ce qui était bien. Le problème est que l'on considérait que les jeunes ayant commis des infractions au Code criminel n'étaient plus des jeunes ayant besoin de protection, mais des jeunes devant être punis comme des adultes, sans toutefois être placés dans les mêmes institutions que les adultes, comme c'était le cas avant la Loi sur la Protection de la Jeunesse.

C'est ainsi que depuis 1982, au Canada, la Loi de la Protection de la Jeunesse a été remplacée par la Loi des Jeunes Contrevenants, marquant ainsi le passage d'une philosophie de traitement à une philosophie punitive en droit pénal à l'égard des jeunes; les 26,000 jeunes arrêtés chaque année au Canada pour simple possession de cannabis devront affronter ce changement de philosophique pénale à leur égard. Mais qui sont-ils?

C)L'impact des lois sur les drogues dans la pratique pénale auprès des jeunes: quelle est la situation actuelle au Canada?

Des milliers et des milliers de jeunes sont criminalisés chaque année en rapport avec la Loi sur les Stupéfiants, surtout pour simple possession de cannabis; cela signifie qu'ils sont fichés, i.e. qu'ils ont un casier judiciaire, mais pas nécessairement qu'ils reçoivent en plus une sanction institutionnelle. Quelle est la logique d'application de la Loi sur les Stupéfiants? Qui sont ces jeunes criminalisés?

En fait, cette logique d'application de la Loi sur les Stupéfiants ne repose pas plus sur la dangerosité des drogues que la Loi elle-même. La logique d'application est davantage une logique de gestion de la marginalité et de la déviance. En d'autre termes, ce qui préoccupe les institutions de contrôle, ce ne sont pas les toxicomanies futures ou actuelles chez les jeunes mais la contestation du système que représentent les consommations de certaines drogues et d'autres comportements dits «délinquants».

Penser à la situation adulte: boire chez soi et créer une situation familiale où la violence est présente entraîne peu d'interventions publiques. Boire en milieu de travail et nuire à la production entraîne des interventions publiques d'aide et/ou de contrôle (perte d'emploi, etc..).

De même chez les jeunes. S'ils ont une apparence conformiste et proviennent d'un milieu familial qui, de toute évidence, pourra normaliser et intégrer le jeune aux valeurs en place, il n'y aura pas ou peu d'interventions des institutions de contrôle. C'est une des raisons pour lesquelles la police détourne les yeux

de la consommation de drogues dans les écoles privées, sur les campus universitaires, dans les discothèques huppées, etc..; en somme, le jeune de milieu favorisé a beaucoup moins de chances d'être touché par la loi, même s'il consomme ou trafique des drogues illégales. Par contre, les jeunes dont l'apparence et le comportement sont marginaux et dont le milieu social offre peu de garanties de normalisation et d'intégration futures de ces jeunes, ont beaucoup plus de chances d'être criminalisés; de plus, comme ils se tiennent davantage dans les rues, dans des lieux visibles à la police, parce qu'ils n'ont pas l'argent pour prendre (des drogues) dans des lieux plus fermés, cela augmente encore leurs chances d'être arrêtés; en somme, le jeune de milieu défavorisé a plus de chance d'être arrêté que le jeune de milieu favorisé.

Après l'arrestation, la même règle va continuer à jouer dans les décisions de sanctions, dans l'évaluation de la gravité du délit, à savoir si ce comportement hors la loi doit être réglé par l'aide, le traitement, l'avertissement informel, l'avertissement formel, la punition -amendes, incarcération. Le jeune de milieu défavorisé a plus de chance d'être accusé de trafic et d'être institutionalisé, et le jeune de milieu favorisé a plus de chance d'être accusé de simple possession, qu'on retire l'accusation et que l'on donne un avertissement informel, et ce, peu importe les drogues et les quantités impliquées.

Ceci ne veut pas dire que cette situation ne connaît pas d'exceptions; mais les tendances sont nettes en ce sens. Et ceci veut dire que les personnes impliquées dans la consommation de drogues de meilleure qualité, plus dispendieuse, dans le trafic à haute échelle, etc..ont plus de chances d'éviter le système de justice parce qu'elles préservent l'apparence de la normalité.

Le cadre juridique de l'intervention auprès des jeunes ne vise pas à prévenir les toxicomanies mais à gérer la marginalité et la déviance qui constituent des menaces ou des revendications aux valeurs institutionnelles. Il vaut mieux dire que les jeunes sont drogués et criminels, ne veulent pas travailler, etc..Cela évite bien des questions et légitiment la nouvelle philosophie punitive à leur égard

NO 8

Les réseaux d'entraide (peer counselling)

□ Claude DESHAIES,
Travailleur de milieu auprès des jeunes depuis 1974 au Bureau Consultation Jeunesse de même que dans les quartiers Centre-sud, Centre-ville et Longueuil. Actuellement employé au C.L.S.C. St-Michel comme travailleur communautaire auprès des 12-25 ans, il est également co-auteur du livre «Les drogues, des choix à faire» et a animé de nombreuses sessions d'information sur le sujet.

□ Brigitte JOURDAIN,
Infirmière au C.L.S.C. St-Michel, elle travaille en Santé des jeunes (volet scolaire) depuis 16 ans cherchant à atteindre l'adolescent directement ou à travers les personnes-clés de son entourage. Elle a initié la formation d'un groupe de pair(e)s en milieu scolaire dont elle est co-animatrice.

□ Cécile TRUDEL,
Sexologue au C.L.S.C. St-Michel depuis 3 ans, elle tire son expérience de son intervention auprès des 13-18 ans, plus spécifiquement sur les questions de sexualité, de relations parents-enfants et d'usage de drogues. Elle a contribué depuis deux ans à la mise sur pied et à l'animation d'un groupe d'entraide par les pair(e)s dans une polyvalente.

UTILISATION DES GROUPES D'ENTRAIDE DANS LA PREVENTION EN ALCOOLISME ET TOXICOMANIE

Peut-être faut-il rappeler ici qu'indépendamment de toute intervention extérieure, l'adolescent est un être qui est tout à fait capable de jugement et qui s'autorégularise naturellement. On doit, pour être tout à fait objectif lui reconnaître ses qualités et sa capacité d'influence sur lui et sur les autres.

La principale tâche de l'intervenant auprès des jeunes est, et demeure de favoriser que l'adolescent reconnaisse ses qualités.

A. PHILOSOPHIE D'INTERVENTION: "Vers une approche globale".

1. Particularités propres.	1.1 Aider le jeune à reconnaître ses forces et les moyens dont il dispose. 1.2 Favoriser l'autorégularisation. 1.3 Actualiser la capacité d'aidant naturel du jeune dans son milieu.
2. Approche globale.	2.1 Intervenir auprès des adolescents. 2.2 Intervenir dans leur milieu de vie école, loisirs, famille. 2.3 Intervenir auprès des intervenants enseignants, parents, communauté.
3. Attitude des intervenants-es.	3.1 Maintenir une relation symétrique et réciproque. 3.2 Favoriser la prise en charge du jeune.

B. MOYEN D'INTERVENTION PRIVILIGIE: "Les groupes de pairs".

1. Fonctionnement général.	1.1 Objectifs. 1.2 Thèmes d'atelier: suicide, relations parents-enfants, etc.. 1.3 Impact.
2. Un cas d'atelier: "alcool et drogue".	2.1 Contenu informatif de l'atelier. 2.2 Favoriser la réflexion et la croissance personnelle. 2.3 Impact et évaluation de l'atelier.
3. Evaluation du moyen: "Groupe d'Entraide".	3.1 Efficacité du moyen. 3.2 Mesurer l'acquisition de connaissances. 3.3 Mesurer les changements d'attitudes. 3.4 Pertinence des thèmes.

C. CONCLUSION: "Redécouvrons la complicité".

NO 9

Les ex-toxicomanes aidants

□ Mouvement Narcotiques Anonymes

NO 10

Drogues de rue et réseaux de distribution

□ Gilles LAMOUREUX,
Travailleur de milieu et assistant-directeur clinique à la section des adolescents de l'Hôpital Ste-Justine (1972-77), travailleur de milieu au BCJ Laval (1977-1984), co-auteur du livre «Les drogues: des choix à faire», il travaille depuis 1985 comme animateur-ressource au CRIC et comme intervenant psycho-social au CRAN (Centre de Recherche et d'Aide aux Narcomanes).

OBJECTIF GENERAL

Permettre aux Intervenants d'actualiser leurs connaissances liées aux phénomènes du trafic (réseau) et des drogues de rue:

1. Implication des différents acteurs dans le trafic

2. Différents scénarios du "comment" les drogues entrent au pays

3. Hiérarchie dans les réseaux de distribution

4. Les différentes drogues de rue, leur qualité et leur coût

NO 11

Toxicomanie et tentatives de suicide

Annie MARCOTTE,
Bachelière en counselling-orientation et actuellement en perfectionnement au Certificat de Toxicomanie de l'Université de Sherbrooke, elle est intervenante au Centre de Prévention du Suicide depuis 6 ans, à différents niveaux: crises téléphoniques, interventions à domicile, groupes de suicidaires chroniques, groupes de jeunes, accompegnement, etc..

ATELIER: TOXICOMANIE ET TENTATIVES DE SUICIDE

Malgré le fait que le suicide soit un sujet d'actualité, il n'en demeure pas moins que cette problématique est souvent incomprise. Les difficultés que connaissent les personnes intervenant auprès des suicidaires sont souvent dues à une mauvaise compréhension de la problématique. C'est pourquoi, avant d'aborder l'intervention de crise suicidaire auprès de toxicomanes, il me semble important, dans un premier temps, de présenter certains éléments nécessaires à une meilleure compréhension de la dynamique suicidaire.

DÉMYSTIFICATION

Le suicide demeure un sujet tabou. Plusieurs mythes sont associés à ce phénomène, que ce soient les mythes concernant la maladie mentale, l'héridité ou la manipulation. Il est bien important de faire le tour de cette question afin de comprendre la problématique et le vécu de la personne suicidaire.

SIGNES PRÉCURSEURS D'UNE CRISE SUICIDAIRE

Selon la littérature, sur dix (10) personnes qui se sont suicidées, huit (8) avaient fait part de leur intention à leur

entourage. Malheureusement, les messages suicidaires ne sont pas toujours clairs. Ils peuvent être exprimés de façon verbale ou non-verbale. Ces faits démontrent bien toute l'importance d'être informé sur les signes précurseurs afin d'être capable de dépister une personne en crise suicidaire.

ÉVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE

Pour intervenir adéquatement auprès d'une personne suicidaire, il est essentiel d'évaluer le potentiel suicidaire de la personne.

Cette évaluation se fait à partir de deux concepts: l'urgence et le risque suicidaire.

Cet atelier ne permet pas d'étudier de façon exhaustive les deux échelles d'évaluation mais vise à amener les gens à faire une distinction entre les deux concepts et à connaître des critère influençant le risque et l'urgence.

Le risque suicidaire se définit comme la probabilité que la personne se suicide dans les deux prochaines années.

L'urgence suicidaire est la probabilité que la personne se suicide dans les prochaines 48 heures.

INTERVENTION DE CRISE SUICIDAIRE AUPRÈS DES TOXICOMANES

Les principes d'intervention de crise suicidaire sont sensiblement les mêmes, qu'on intervienne auprès d'une personne toxicomane ou non.

- Etablir un climat de confiance;
- Aborder le suicide directement;
- Evaluer l'urgence et le risque suicidaires;
- Faire verbaliser la personne sur ce qu'elle vit;
- Offrir des alternatives;
- Utiliser les ressources de la personne et du milieu;
- Faire un plan d'action.

L'intervention auprès d'une personne toxicomane sera particulière au niveau du suivi après la crise, dans le sens où la prise en charge de ce problème va s'inscrire dans les démarches qu'aura à faire la personne pour se sortir de sa situation de crise suicidaire.

* * *

Des histoires de cas seront discutées en deuxième partie de l'atelier.

LISTE DES CENTRES DE PRÉVENTION DU SUICIDE AU QUÉBEC

COMITÉ PRÉVENTION SUICIDE
a/s Véronique Fournier
70, Mance
Baie Comeau, Qué.
G4Z 1N1 TEL.: 1-296-9112

C.P.S. QUÉBEC
141, rue St-Jean
Québec
G1R 1N4 TEL.: 525-4588 (418)

C.P.S. ROUYN-NORANDA
a/s Serge de Varennes
C.P. 1023
Rouyn
J9X 5C8 TEL.: 764-4348 (819)

C.P.S. DE LA SARRE
C.P. 546
La Sarre
J9Z 3J3 TEL.: 339-5366 (819)

CENTRE DE PRÉVENTION 02 INC.
a/s Constant Delisle
930, Jacques Cartier
C.P. 911
Chicoutimi TEL.: 1-800-463-9868
G8H 2A9 1-418-545-1919

C.P.S. HAUTE YAMASKA
a/s Lorraine Deschenes
41 est, boul. Leclerc, 1er étage
Granby
J2G 1S7 TEL.: 375-6949 (514)

COMITÉ PREVENTION SUICIDE AMOS
a/s Marie-Claire De Deus
C.P. 53
Amos
J9T 4A5

S.A.M.
a/s Réjean Marier
4651, St-Denis
Montréal
H2J 2L5 TEL.: (514) 842-9287

COMITÉ RESSOURCE INTERVENTION SUICIDE
a/s Luc Grenier
520, de la Fabrique
St-Germain
J0L 3G0 TEL.: (418) 492-1435

CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE TROIS-RIVIÈRES
C.P. 1411
Trois-Rivières
G9A 5L2

COMITÉ PRÉVENTION DU SUICIDE SHAWINIGAN
794, 5e Rue, local 115
Shawinigan
G9N 7Y5

NO 12

Violence sexuelle dans l'enfance et toxicomanie des jeunes

□ André HANDFIELD,
Ayant étudié en psychologie et fait de la recherche universitaire sur les pères incestueux, il exerce actuellement comme psychothérapeute individuel, de couple et de groupe auprès de victimes d'abus sexuels (adolecentes et femmes adultes) et d'abuseurs. Travaille également en psychothérapie auprès des pédophiles.

□ Line YELLE,
Psychothérapeute formée à l'approche systémique (thérapie familiale et conjugale), elle travaille au programme de traitement des enfants abusés sexuellement à Repentigny, ainsi qu'auprès des victimes, des abuseurs et des conjoints.

NO 13

Toxicomanie adolescente et conduites de risque

Jean-Yves MEGE,
Possédant une formation d'infirmier et de psychothérapeute, il travaille depuis 1975 au Centre Médical Marmottan, à Paris, où il est actuellement responsable de l'hospitalisation. Membre du conseil d'administration de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie, il est en outre auteur de nombreux articles dans le domaine.

Choix de texte
in Psychotrope, vol 1 no 3, printemps/été 1984, pp. 49 à 54.

Les conduites ordaliques chez les toxicomanes

Hypothèses sur les comportements de prise de risque

MARC VALLEUR *

Introduction

Les toxicomanes, les parents, le public, les soignants, s'entendent à maintenir autour de la toxicomanie l'aura de drame et de passion qui en fait le fléau social par excellence, indépendamment du coût humain et matériel de ce phénomène. Il est possible de dire que la toxicomanie a pris la place qu'occupait au début du siècle l'hérédo-syphilis, entité médicalement aberrante, puisque transmise par hérédité et pourtant contagieuse, dont les découvertes scientifiques successives ont renforcé le caractère monstrueux, et du même coup, le versant mythique, encore présent dans une partie du public (Valeur, 1981). Il est donc permis de rechercher, dans les passions soulevées par la toxicomanie, ce qui relève de l'image que nous en avons et que nous en donnons nous-mêmes, indépendamment des questions plus vastes de contexte culturel, de malaise de civilisation, de conflits de générations...

L'une des raisons en tient à ce que nous ne croyons plus trop à des toxicomanies sans drogue. Ainsi, le mal est identifiable, tout ne vient-il pas de la drogue ? Et le coupable tout désigné : pour mettre fin au fléau, il faut bien sûr lutter contre les trafiquants, et les «gros bonnets» si possible, le petit trafiquant ayant l'inconvénient d'être à la fois victime et bourreau.

Une autre raison de climat passionnel est bien sûr le danger de la toxicomanie avec cette image omniprésente de la mort de jeunes drogués qui ne sont encore que des enfants.

Ainsi donc, le vacarme autour de la drogue nous paraît se soutenir au moins d'une double méprise :

– d'une part, la confusion entre usagers de toxiques et toxicomanes, ce dernier terme devant être réservé uniquement aux personnes dont toute l'existence est aliénée dans la relation au produit : pour elles, et pour elles seules, subjectivement, la drogue est bien devenue ce qui les prive de leur liberté.

– d'autre part, en ce qui concerne les toxicomanes, l'assimilation trop rapide entre une conduite comportant des risques de mort, et un suicide chronique inéluctable. Et c'est bien sûr cette distinction entre la dimension de défi, de prise de risque, et une possible évolution lente vers la mort que nous avons voulu, avec J. Charles-Nicolas, mettre en évidence à travers la notion de *conduites ordaliques*. (Charles-Nicolas et Valleur, 1981)

L'ordalie

De l'ancien anglais «ordâ» et d'origine commune avec l'allemand «urteil» : jugement, (étymologiquement «partage fondamental»), le mot «ordalie» désigne les épreuves plus couramment regroupées sous le terme

* Marc Valleur est médecin-adjoint au Centre médical Marmottan, à Paris.

de «Jugement de Dieu». L'ordalie désigne toutefois plus particulièrement les épreuves par éléments naturels (eau, feu..), par opposition aux duels.

Sur le plan littéraire, la description la plus célèbre d'ordalie est sans doute celle, remontant au XIIème siècle, subie par Iseut la Blonde dans le roman de Tristan et Iseut : «Elle s'approcha du brasier, pâle et chancelante. Tous se taisaient ; le fer était rouge. Alors, elle plongea ses bras nus dans la braise, saisit la barre de fer, marcha neuf pas en la portant, puis, l'ayant rejetée, étendit ses bras en croix, les paumes ouvertes. Et chacun vit que sa chair était plus saine que prune de prunier. Alors, de toutes les poitrines, un grand cri de louange monta vers Dieu» (J. Bédier, 1979, p. 138). Au plan sociologique, des formes diverses d'ordalies ont été décrites dans de nombreux pays, notamment jusqu'à la période coloniale en Afrique Noire (Retel-Laurentin, 1974).

De fait, il est important de noter que le jugement de Dieu a eu une forme légale dans toutes les sociétés à une phase de leur histoire. Avec le serment et le duel, l'ordalie est le mode de preuve le plus répandu dans le droit antique de toutes les grandes civilisations, avant l'introduction d'un droit pénal (le droit romain) basé sur la preuve, le témoignage, etc...

Ainsi, l'existence d'ordalies est le propre de sociétés à droit coutumier, où le rapport à la loi découle de l'existence de puissances supérieures ou divines très proches de la vie des humains, et que ceux-ci peuvent directement interroger pour séparer le bien du mal, l'innocent du coupable.

L'évolution des conceptions religieuses en Europe est à ce sujet exemplaire : pour l'auteur anonyme qui décrivait l'ordalie d'Iseut, le succès à l'épreuve est le signe indéniable du bon droit de l'«ordalisant», et la validité du jugement ne saurait être mise en doute. Pour les inquisiteurs du XVème siècle, au contraire (Institoris et Sprenger, 1973), interroger directement Dieu est une offense à l'Église, et seuls des sorciers pourraient affronter avec succès l'épreuve du fer rouge : ce qui était signe d'innocence est devenu un crime. Ainsi se trouvent définis deux modes opposés de relation au Dieu et à la Loi : dans l'un, «héroïque», Dieu est directement interpellable, dans l'autre, «kafkaïen», il n'est possible d'interroger que des représentants de l'Église, eux-mêmes sans contact direct avec Dieu.

Les conduites ordaliques

De cette différence dans la relation au Dieu énonciateur de la Loi peut venir la pertinence d'une analogie entre le recours à l'ordalie dans certaines cultures et les «épreuves» que s'imposent parfois les adolescents actuels. Bien sûr, il ne s'agit que d'une analogie, même si les toxicomanes sont un peu, après les hystériques, les «sorciers» de notre époque.

Mettant donc en relation avec cette coutume ancienne les conduites actuelles de prise de risque d'«individus-individualistes», nous avons été amenés à définir des conduites ordaliques, sous-tendues par un fantasme – ou plutôt une croyance – ordalique :

- Peut être définie comme conduite ordalique le fait pour un sujet de s'engager, de façon plus ou moins répétitive, dans une épreuve comportant un risque de mort.

- La croyance ordalique serait le fait de s'en remettre à une puissance supérieure pour se convaincre de son droit à la vie : à travers la proximité de la mort, le sujet s'adresse à un autre pour se fondre à lui, le maîtriser ou en être l'élu.

Ces deux notions peuvent apporter un éclairage nouveau à bien des éléments difficiles à interpréter dans la conduite de nos patients toxicomanes, ainsi qu'à la trouble fascination qu'exerce le toxicomane sur le grand public. Ainsi, l'hypothèse ordalique permet dans une certaine mesure de distinguer la toxicomanie, avec son caractère radical et explosif, de conduites qui plus progressivement, comme à l'insu du sujet, le mènent fréquemment à la mort, tels l'alcoolisme ou l'anorexie mentale.

Par cet aspect ordalique du tout ou rien, la toxicomanie se rapproche d'autres conduites souvent adolescentes, qui rentrent ou non dans un cadre pathologique. La dimension ordalique de certaines tentatives de suicide chez l'adolescent a déjà été soulignée (Haim, 1969). Dans ces suicides, il ne s'agit ni de volonté affirmée de mourir, ni de «chantage», mais d'un véritable jeu de «roulette russe».

Il faut en rapprocher des conduites répétitives de phlébotomie ou de scarifications dont le sens ordalique peut tenir à ce que le sujet imagine pouvoir en mourir...

Les rituels adolescents d'initiation à une bande peuvent prendre une dimension réelle de risque mortel, comme le montre l'exemple fameux de la course vers le précipice dans «La fureur de vivre»...

Les équivalents sociaux ou historiques de ces conduites sont bien sûr nombreux : pour n'en citer qu'un, il existait chez les Gaulois un «jeu du pendu» où le sujet devait grimper à une branche et s'y accrocher avec une corde au cou. Il sautait ensuite dans le vide, n'ayant que le temps de la chute pour essayer de couper la corde (Caillois, 1967). Ce dernier jeu n'est pas sans évoquer les exploits actuels de sportifs, de cascadeurs et de tous les auteurs d'exploits «uniques au monde».

Nous pensons donc pouvoir soutenir que, comme le plaisir, comme la souffrance, le risque peut avoir une fonction dans l'économie psychique de certains sujets. Il est en effet maintenant admis que les produits peuvent procurer un plaisir réel, même si la fonction de

ce plaisir est probablement d'échapper à toute possibilité de jouissance *en procurant une chute de tension immédiate et maîtrisable*. De même, la souffrance du manque fait partie intégrante du vécu du toxicomane, et Aulagnier (1981) a même pu y voir une fonction essentielle de la toxicomanie, d'épreuve de réalité à travers la souffrance corporelle.

Il nous faut aussi reconnaître que, même pendant la lune de miel, alors qu'aucune idée suicidaire ne semble effleurer nos clients, le risque est aussi partie intégrante de la conduite toxicomaniaque, inséparable de la notion même de défonce. Certains en parlent comme des professionnels, des cascadeurs, qui mesurent et limitent le risque par leur connaissance des produits, des dealers, de la qualité de leur matériel. Devant une poudre d'origine mal connue par exemple, ils la testent par l'injection d'une dose infime afin d'en mesurer l'effet et d'éviter toute surprise. Mais aussi, de façon opposée, le mépris du danger est parfois affiché avec une belle indifférence, ou avec des accents de triomphe masochiste. Certains affirment se shooter n'importe comment, avec de l'eau du caniveau, ou «sans savoir pourquoi», par pur défi, s'injecter des produits inconnus ou des doses inhabituelles... Ainsi, le coma, les séjours en réanimation, en viennent-ils à faire partie de la vie courante du toxicomane, à côté des voyages, des «galères», du «western»...

Dans les groupes qui se constituent en milieu d'hospitalisation spécialisé, certains tentent, pour s'assurer quelque pouvoir, de faire jouer ce prestige trouble : c'est alors l'escalade – souvent mythomaniaque – des doses injectées, du nombre de comas et d'overdoses, voire de liste d'amis morts d'overdoses. Comme si le personnage de toxicomane se soutenait dans ces groupes, autant de la qualité du risque encouru que des secrets d'un plaisir ineffable... et nous savons que, de fait, la plupart des overdoses ne sont ni tout à fait des accidents, ni tout à fait des suicides. Simplement, à certains moments, le sujet, tentant d'échapper à la répétition pure et simple de sa relation à la drogue, a-t-il essayé de tout rejouer en une seule fois et recherché dans la proximité de la mort cette impression d'unique, d'exceptionnel, de «première fois», que la défonce ne lui procure plus tout à fait. Ainsi, en quête d'une «rencontre», le toxicomane se rapproche-t-il du joueur : certes, par l'entremise de l'argent, le joueur agit, bien sûr, comme s'il misait sa vie elle-même. Et le sens du jeu se trouve dans le vertige extatique du moment où pourrait se produire la rencontre avec la chance, la possibilité entrevue de se fondre à Dieu, de pouvoir enfin le maîtriser. Après le plaisir extatique des premières planètes, après la démarche ascétique et solitaire (Valleur, 1983), la conduite ordalique peut être considérée comme la troisième modalité de la quête toxicomaniaque, que déjà De Felice avait rapproché d'une démarche mystique (De Felice, 1936).

Le sens des conduites ordaliques chez le toxicomane

Dans la prière muette du joueur à la chance, mais aussi dans celle du torero, du cascadeur, du toxicomane, nous avons pu, avec J. Charles-Nicolas, voir le mouvement du sujet remettant sa vie et tout son être entre les mains d'une puissance supérieure.

Et la caricature nous en est fournie par une situation non exceptionnelle dans notre pratique : un patient se présente pour la première fois à l'accueil de Marmottant. Il paraît vraiment très, très «raide», et plutôt que de le laisser traîner trop dans la salle d'attente, un accueillant ou un médecin l'entraîne vite à part dans un bureau. Le thérapeute en général hésite sur l'attitude à avoir : doit-il faire comme si de rien n'était – neutralité oblige – et attendre simplement ce que le patient pourra dire ? Est-ce qu'il lui fait remarquer qu'il exagère de venir ici dans un état pareil ? Est-ce qu'il refuse de discuter et lui demande simplement de revenir plus clair ? ... Or, le patient, à peine rentré dans le bureau, s'écroule, pas forcément entre les bras du médecin, mais dans le coma. Nous ne savons rien de lui, simplement a-t-il eu le temps de dire qu'il voulait voir quelqu'un, et plus fréquemment un «toubib».

Sous-tendue par le phantasme de s'en remettre à l'autre, la conduite ordalique nous est comme une demande inacceptable, question posée insupportable dans la mise en jeu du sujet lui-même, de son droit à la vie ou de notre acceptation de sa mort.

Mais si nous ne pouvons l'accepter, il s'agit quand même d'une *demande* que nous ne pouvons simplement renvoyer toute entière au sujet en y voyant uniquement une volonté de mourir... Cette demande à laquelle on ne peut ni répondre, ni ne pas répondre, c'est bien ce que nous reformulons à travers la notion d'ordalie comme question à la théorie analytique et aux théoriciens de l'analyse.

Cette question, nous l'avons vue, constitue une mise en cause d'une conception qui ferait de la toxicomanie un simple équivalent suicidaire comme le fait Baechler (1975) qui, bien qu'isolant une catégorie de suicides ordaliques, fait plutôt de la toxicomanie une alternative à un suicide escapiste.

Elle met aussi en cause une comparaison ou une assimilation fréquente de la toxicomanie à la psychose maniaco-dépressive. (Nous laisserons ici de côté toutes les discussions sur la «dépressivité» ainsi que le lien possible de la dépendance à une dépression «anaclitique»).

Dans son article de 1933 sur les pharmacothymies, S. Rado rapprochait déjà l'alternance d'euphorie pharmacothymique et de dépression, de l'alternance de

manie et de melancolie dans la psychose maniaco-dépressive. Cette voie depuis a été très suivie, et par exemple, dans une étude d'un cas de toxicomanie, Rosenfeld (1976) analyse en termes kleiniens de dépression et de défenses maniaques, le vécu de sa patiente. Selon ses comparaisons, donc, la drogue pourrait avoir tantôt valeur de poison pour se suicider, tantôt de médicaments pour échapper à la dépression. Notons cependant que Rado soulignait l'aspect narcissique des tentatives de suicide de ses patients : «le patient prend la dose mortelle car il désire échapper à la dépression par une euphorie qui durera toujours. Il ne se tue pas, il croit en sa propre immortalité (...) la mégalomanie de la schizophrénie et celle de l'euphorie pharmacothymique sont des formes voisines de regression narcissique». Il nous faut aussi noter que les alcooliques auxquels se réfèrent surtout Rado et la barbituromane de Rosenfeld ne sont pas tout à fait du type des toxicomanes que nous rencontrons le plus de nos jours.

Et de fait, malgré toute sa pertinence théorique, la métaphore maniaco-dépressive ne correspond pas tout à fait à ce que nous observons dans une pratique quotidienne de centre spécialisé.

Il est par exemple classique d'admettre que les états dépressifs sont très fréquents au cours et au décours d'un sevrage, ce qui à priori paraît tout à fait logique, la privation de drogue pouvant réaliser une perte d'objet. Or, il se trouve que nous n'observons à peu près jamais au cours et au décours d'une hospitalisation pour sevrage, de tableaux cliniques de dépression franche, encore moins de mélancolie, sauf peut-être dans certains cas de sevrage d'amphétamines ou de cocaïne. Ce que nous observons quotidiennement à l'hospitalisation (à Marmottan), outre bien sûr les troubles physiques du sevrage, est surtout de l'ordre de l'angoisse, ainsi que de l'ennui.

Il est possible, à ce propos, de citer une anecdote : pendant une réunion à l'hospitalisation – ces réunions régulières sont en général assez tendues mais n'ont rien d'un «groupe de violence» – les hospitalisés se plaignaient, comme très souvent, de l'ennui et du vide des journées. Il y avait là quelques vrais durs et quelques vrais joueurs. Constatant notre impuissance à inventer quelque chose pour les tirer de cet ennui, ils se mirent à évoquer leurs propres solutions en la matière : «On pourrait s'amuser à monter des plans de dope» dit l'un. «Ah ouais, avec un bon baston, on se met ensemble et on se fait les encadrants» renchérit un deuxième. «Un coup de roulette russe, ça c'est quelque chose...» dit un autre. Cette escalade dans l'évocation de violences potentielles se doublait de clins d'oeil complices, et d'une manière de nous faire sentir comment nous autres, pauvres soignants, n'avions pas accès à ces sentiments d'élite procurés par le «baston» ou la roulette russe... N'ayant guère en effet le cran de laisser la tension monter en restant silencieux, j'entrepris de les distraire en leur racontant une histoire. En l'occurence, celle de ce jeune garçon un peu simplet qui possédait comme caractéristique remarquable de ne pas savoir ce qu'était la peur et qui, désireux de découvrir ce qu'il en était, partit passer la nuit avec des cadavres de pendus, qu'il tenta de réchauffer, puis dans une maison hantée où il se retrouva avec des fantômes, des assassins, un mort-vivant, etc... Ayant triomphé de ces épreuves, il était fort marri de n'avoir toujours pas connu la peur, mais avait gagné un trésor et la main de la fille du roi. Or, voilà que c'est la nuit, une fois au lit avec sa nouvelle femme qu'il apprit enfin ce qu'était la peur et le frisson. Cette version simplifiée et édulcorée d'un conte de Grimm eut pour effet de faire bien rire les hospitalisés, et de faire passer la discussion de l'ennui du jour à l'angoisse de l'entrée dans la nuit. Malgré mes efforts, bien sûr, ils ne sont pas vraiment déprimés, toujours en manque, mais toujours pas en deuil...

C'est que la drogue n'est en rien un objet d'amour. Et l'angoisse des sujets au décours du sevrage, précisément quand le manque physique lui-même s'estompe, souligne leurs difficultés (comme pour «celui qui partit en quête de la peur...») à envisager une relation objectale sexualisée. Et parfois – faute de mieux, au besoin de drogue et au besoin de souffrance peut succéder ce qui peut être un besoin de risque. Ce terme peut bien sûr choquer, mais certains patients ont bien assimilé le vertige du risque à une défonce : comme ce cambrioleur timide qui ne se décide à passer à l'action que lorsque le manque de drogue l'y pousse impérativement et qui, après avoir fracturé la porte ou la fenêtre, au moment donc le plus dangereux, se sent d'un seul coup empli de calme et de sérénité. Ou comme ce correspondant de guerre, accroché à l'héroïne, dont les douleurs du manque ont d'un seul coup disparu quand, en plein reportage, les balles ont commencé à siffler autour de lui.

Ainsi, pouvons-nous soutenir que les conduites ordaliques ne se situent pas dans un registre radicalement différent de la toxicomanie, et que le vertige ou l'extase du risque, comme la relation à la drogue, sont une façon pour le sujet de vérifier ses limites, et donc dans la réalité, de l'existence de son corps et du monde extérieur.

Pour le toxicomane comme pour le joueur, dans l'acte ordalique, la relation entière du sujet au monde se résume à la question du tout ou rien posée à l'Autre, la chance, investie de la toute-puissance narcissique du sujet.

Dans ce jugement de Dieu, l'Autre auquel s'adresse la demande est donc surtout une image idéale et écrasante de soi-même, dont le sujet ne peut se détacher.

Et, si le risque dans la relation à la drogue comme dans le mode de vie de nos clients n'est pas l'incidence accidentelle du besoin de se procurer de la drogue, il est permis de réfléchir aux sources communes que peuvent avoir au plan individuel la toxicomanie et le besoin du risque, comme bien des conduites «déviantes».

Selon Olievenstein (1983), la faille originaire chez le toxicomane est à situer dans ce qu'il appelle le stade du miroir brisé, tout se passant comme si, au stade de la découverte de soi et de la formation du Je, le miroir se brisait, renvoyant le sujet à la fusion, au morcellement, à l'indifférenciation, et le toxicomane passerait son existence à rejouer ce mouvement vers une impossible autonomie, dans la même ambiguïté que soulignent les conduites ordaliques.

A contrario, il est possible de soutenir que cette faille proviendrait de la difficulté à dépasser une image idéale de soi-même, renvoyée en miroir par le regard de la mère. Ainsi, pour reprendre les termes de Piera Aulagnier, une déidéalisation progressive n'aurait pu se produire, non plus que le passage d'un Je idéalisé à un Je identifiant... La violence ordalique rejoindrait peut-être ainsi ce que Bergeret (1981) nomme la violence fondamentale, violence fondatrice et nécessaire dont un avatar est le fantasme de matricide.

Selon Braunschweig et Fain (1975), l'épreuve ordalique est ce qui permet à un enfant de dépasser le lien à une femelle destructrice, désexualisante, pour accéder au maternel protecteur, c'est-à-dire à une relation à la mère inscrite dans un champ culturel. Dans cette optique, la mort de celui qui échoue à l'épreuve est la juste punition de l'inceste, frappant l'enfant qui n'a pas réussi à être autre chose qu'objet de complétude de la mère...

Transgression suprême, le jeu avec la mort est donc aussi appel à la Loi, jugement de Dieu invalidant les dépositaires de cette Loi pour en interroger le fondement ultime.

Depuis longtemps, il a été démontré que les adolescents occidentaux, de façon provocante, tentent de se créer l'équivalent de rites initiatiques à travers des comportements de prise de risque, la formation de bandes, les tatouages, les scarifications, etc... (Bloch-Niederhoffer, 1974).

Bettelheim (1971), dans son ouvrage sur les blessures symboliques, soutient la thèse selon laquelle ces conduites adolescentes pourraient avoir comme fonction de s'approprier magiquement le pouvoir féminin de fertilité et d'engendrement.

Cela devrait être encore plus évident pour les conduites ordaliques dans lesquelles la dimension de mort/renaissance peut fonder ou renforcer le fantasme d'auto-engendrement souvent mis en avant dans les études sur la toxicomanie.

Mais, comme dans certaines initiations, une phase de risque réel ou une mise en scène de mort/renaissance ne fait que préparer le stade plus symbolique de tatouages, incisions, etc... ; dans le mouvement ordalique lui-même nous paraît déjà exister cet appel à la Loi qui, à l'évidence, sous-tend les provocations adolescentes...

Ainsi, l'usage épisodique ou récréatif de produits toxiques a pu être assimilé à la quête adolescente d'initiation dans une culture où les «rites de passage» traditionnels à la vie adulte sont en grande partie invalidés. Le recours plus solitaire et plus radical à des épreuves ordaliques est plus proche de ce que nous observons dans les toxicomanies vraies...

Cette dimension du rapport à la Loi est à rapprocher de ce qu'a pu dire P. Petit (1983) en soutenant qu'«une toxicomanie n'a de cesse que le *non* du père vienne au lieu du trou que le manque de drogue laisse dans le réel».

Toute l'ambiguïté, le paradoxe de l'ordalie, tient à cela : rechercher la fusion avec l'Autre, pour appeler en l'Autre ce qui permettra de dépasser cette relation. La transgression elle-même constitue un appel à la Loi.

Soulignons, pour conclure, que toutes ces questions ne sont pas purement académiques : le toxicomane, particulièrement par sa tendance à transgresser et à prendre des risques, est comme la caricature du malaise de bien des adolescents, auxquels on peut appliquer cette phrase de J.E. Kestemberg : «L'adolescence peut être vécue comme une nouvelle naissance dans le fantasme où l'adolescent se serait lui-même engendré. Un tel fantasme représente une forme de négation de la scène primitive, signe d'une discontinuité d'avec soi-même, et une identification à la mère archaïque ou un père mythique dont l'incarnation en un personnage réel est sentie comme une déchéance» (E. Kestemberg et Coll., 1972).

Devant la demande de l'ordalisant qui nous met en position, et de mère archaïque, et de père mythique, ne pas donner de réponse du tout équivaut trop souvent au renoncement à toute prise en charge. Mais bien sûr, assumer la toute-puissance et s'arroger le droit de vie et de mort sur ses patients n'est pas plus tolérable.

Ainsi pouvons-nous voir dans la violence de la demande et de l'appel ordaliques, une cause majeure des difficultés dans la prise en charge des toxicomanes. La neutralité, le silence, au nom de quelque dogme rigide, n'ont souvent pour effet – et sans doute pour fonction – que d'éviter toute possibilité d'une réelle psychothérapie. «L'activisme» au contraire, tel qu'il peut se manifester dans certains groupes communautaires ou mystiques, ne fait qu'entériner, au nom du risque de mort, la dépendance du sujet en maintenant dans la réalité d'une secte le sens du mouvement ordalique : s'en remettre à l'Autre, corps et âme.

Les deux attitudes sont d'ailleurs peut-être les

deux faces d'un même refus de respecter la singularité d'un adolescent, jusque dans son droit de prendre des risques. Il y a déjà assez longtemps, Bob Dylan, souvent cité par C. Olievenstein, chantait comme un avertissement : «Quelque chose a changé mais vous ne savez pas quoi, n'est-ce-pas Mr. Jones ?» Et ce Mr. Jones representait ce pere si peu idéal auquel les adolescents refusaient de s'identifier. Depuis, un autre Mr. Jones (Jim) a tout fait pour correspondre à une image de toute-puissance, et pour prendre à son compte la demande ordalique. Apres être devenu maitre d'une secte, il a entraine ses adeptes dans un suicide collectif dont le souvenir doit aussi nous rester comme un avertissement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AULAGNIER, P., 1981, La souffrance comme preuve. *Intervention aux Deuxièmes Journees sur les toxicomanies. U.E.R. experimentale de Bobigny, 20/6/81.*

BAECHLER, J., 1975, *Les suicides*, Paris : Calmann-Levy.

BEDIER, J., 1979, *Le roman de Tristan et Yseut*, Paris : Gallimard.

BERGERET, J., 1981, La violence fondamentale, *Revue francaise de psychanalyse*, XLV, n° 6.

BETTELHEIM, B., 1971, *Les blessures symboliques*, Paris, Gallimard.

BLOCH, H. et NIEDERHOFFER, A., 1974, *Les bandes d'adolescents*, Paris, Payot.

BRAUNSCHWEIG, D. et M. FAIN, 1975, *La nuit, le jour*, Paris, P.U.F.

CAILLOIS, R., 1967, *Jeux et sports*, Encyclopedie de la Pléiade, Paris, Gallimard.

CHARLES-NICOLAS, J. ET VALLEUR, M., 1981, *Les conduites ordaliques. La vie du toxicomane*, Paris, P.U.F.

DE FÉLICE, Ph., 1936, *Poisons sacrés, ivresses divines*, Paris, Albin-Michel.

HAIM, A., 1969, *Les suicides d'adolescents*, Paris, Payot.

INSTITORIS, H. et SPRENGER, J., 1973, *Le marteau des sorcières*, Paris, Plon.

KESTEMBERG, E., KESTEMBERG, J. et DÉCOBERT, J., 1972, *La faim et le corps*, Paris, P.U.F.

OLIEVENSTEIN, C., 1983, *Le destin du toxicomane*, Paris, Fayard.

PETIT, P., 1983, Toxicomanie et fonction paternelle, *La vie du toxicomane*, n° 2.

RADO, S., 1933, La psychanalyse des pharmacothymies, *Revue française de psychanalyse*, 4 : 604-618.

RETEL-LAURENTIN, A., 1974, *Sorcellerie et ordalies*, Paris, Anthropos.

ROSENFELD, H., 1976, *Etats psychotiques*, Paris, P.U.F.

VALLEUR, M., 1981, Conduites ordaliques et toxicomanies, Mémoire pour le CES de psychiatrie, Université Paris-Sud.

VALLEUR, M., 1982, *Le flipper et la roulette russe, adolescence et toxicomanie*, Saint-Étienne, A.N.I.T.

VALLEUR, M., 1983, Hedonisme, ascese, ordalie, *La vie du toxicomane*, 2.

VALLEUR, N., 1981, *La syphilis héréditaire et ses rapports avec les troubles psychiques de l'enfant au début du XX^e siècle*, Université Paris XII, Thèse Doctorat Médecine.

SOMMAIRE

L'auteur propose d'interpréter les comportements de prise de risques de certains toxicomanes en termes de conduites et croyances ordaliques.

ABSTRACT

Daring behaviors of certain addicts are interpreted by the author as ordeal-related beliefs and conducts.

Jeudi p.m.
14h.00

CONFÉRENCE THÉMATIQUE

□ Marc VALLEUR,
Docteur en Médecine, praticien hospitalier au Centre Médical Marmottan de Paris dirigé par le docteur Olievenstein, secrétaire de la Société d'Enseignement et de Recherches sur les Toxicomanies (Paris), il a publié de nombreux articles dans des revues psychiatriques et médicales, et est co-auteur de «La vie du toxicomane» (Paris, PUF, 1982), «La drogue sans poudre aux yeux» (Paris, Hachette, 1986) et «La clinique du toxicomane» (Paris, Editions Universitaires, 1987).

Les modifications tardives survenues au niveau de la programmation en raison du désistement de M. Claude Olievenstein ont empêché M. Marc Valleur de nous livrer le texte de sa conférence dans les délais requis: celui-ci sera distribué à tous les participants lors de la tenue du Colloque.

Jeudi p.m.
15h.30

DÉBAT AVEC PANEL

□ Maurice BARKER,
Psychologue clinicien à la Section Médecine de l'Adolescence de l'Hôpital Ste-Justine depuis 1973, il est également chargé d'enseignement en médecine et pédiatrie à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal. Auteur de plusieurs publications dans les domaines de l'adolescence, du suicide, de l'anorexie mentale, il est en outre témoin-expert appelé en Cour sur des questions relatives aux drogues.

□ Jacques DIONNE,
Psycho-éducateur, il a travaillé à Boscoville de 1964 à 1984 comme éducateur, coordonnateur de groupe, directeur des services de réadaptation et de la formation du personnel. Devenu consultant au Centre de psycho-éducation du Québec, il prépare actuellement une thèse de doctorat sur le développement du sens de la responsabilité chez les jeunes délinquants.

□ Roch TREMBLAY,
Formée en Psychologie et en Criminologie, il possède une expérience dans le domaine de la jeunesse en tant qu'expert-conseil pour la Cour du Bien-être social de Montréal ainsi que comme consultant pour le Bureau de Consultation Jeunesse. Il est actuellement Directeur des services profesionnels et de réadaptation au Centre de réadaptation Alternatives, ainsi que chargé de cours à l'Université de Montréal.

□ Johanne PERREAULT, animatrice
Psychologue diplômée de l'Université de Sherbrooke en changement planifié et développement des organisations, elle travaille actuellement comme chef de division à la Protection de la Jeunesse pour le Centre de Services Sociaux Laurentides-Lanaudière, tout en occupant la présidence du conseil d'administration de la Communauté thérapeutique L'Aiguilleur Inc. Impliquée de longue date auprès de la clientèle jeunesse, elle a participé à la mise sur pied de ressources communautaires dans les Laurentides.

Vendredi a.m.
9h.00

PROJECTIONS

L'APRES-COURS

15 min 2 sec
Réalisateurs: Angrignon, Bélanger, Dugal
Producteur: Jacques Vallée

UNE CLASSE SANS ÉCOLE (extraits)

58 min
Réalisateurs: Beaudry, Bouvier, Simard, Vigeant
Producteur: Les Productions du Lundi Matin Inc.

L'ÉMOTION DISSONNANTE (extraits)

81 min 3 sec
Réalisateur: Fernand Bélanger
Producteur: Jacques Vallée

— **L'Après-cours :** ce court métrage présente les opinions et perceptions d'un groupe d'adolescents relativement au phénomène de consommation des psychotropes. Réunis de façon informelle, à la fin des cours, des jeunes expriment avec spontanéité ce qu'ils vivent par rapport à ce phénomène. Ce court métrage ne prétend pas couvrir l'éventail des opinions et perceptions de tous les jeunes.

UNE CLASSE SANS ÉCOLE

un film de: Les Productions Du Lundi Matin
Jean Beaudry, François Bouvier, Marcel Simard et Michelle Vigeant
co-produit avec le Bureau de Consultation Jeunesse et la participation financière de l'Institut Québécois du Cinéma, Radio-Québec, l'Office National du Film, le BCJ, le Secrétariat d'État du Canada, le CLSC Rivière des Prairies et Boscoville.

docum/ 16 mm/ coul/ 58 mn/ 1980

consultant/e à la réalisation: André Mélançon et Céline Viau

cam: Monique Crouillère, son: Diane Carrière, mont: Yves Chaput

animation des ateliers: Marie-Claude Barey, Isabelle Doré, Serge Laurin et Robert Léger

avec la participation de: Christine Taggart, Danielle Boucher, Eugène Taggart, Fernand Lamarche, Isodoro «Zorro» Claro, Maryse de Sève, Michel Crête, Nathalie Morisette et Alain Poulin.

Toutes les analyses le démontrent: la démocratisation de l'éducation a oublié dans un recoin un tas d'enfants de milieux populaires. La psychologue Françoise Dolto dit que «s'ennuyer à l'école est un signe d'intelligence». Que penser alors des 33% d'enfants issus de milieux défavorisés qui quittent l'école sans avoir atteint la 9ième année? «Le but qu'il faut poursuivre, dit Ivan Illitch, l'auteur d'«Une Société sans École», c'est d'assurer à tous des possibilités éducatives égales. Confondre cet objectif et la scolarité obligatoire, c'est confondre le salut et l'Église».
À l'automne 1979, un groupe d'adultes prenait contact avec une gang d'adolescents d'un quartier populaire de Montréal. La majorité de ces jeunes avaient de la difficulté avec l'école. Les adultes voulaient les écouter parler, eux rêvaient de faire de la musique. Des ateliers de musique, de photographie et d'expression dramatique sont organisés. En échange, les adolescents acceptent d'être filmés. UNE CLASSE SANS ÉCOLE, c'est le compte rendu de cette expérience qui s'est déroulée de mars à juin 1980 et qui a poursuivi comme seul objectif celui de donner la parole à ces adolescents, autrement condamnés comme tous les autres, au silence.

L'ÉMOTION DISSONANTE

La drogue occupe l'esprit d'une époque. Enfermée d'autorité dans l'étau d'une approche répressive, judiciaire et incriminante, elle est le bouc émissaire de tout un malaise social.

L'Émotion dissonante propose une exploration du «phénomène-drogue» selon une démarche renouvelée, privilégiant la prévention, réinstaurant le respect de l'individu, rétablissant le dialogue. Ce film vise à démystifier, à dédramatiser, non à approuver ou à réprouver. À distinguer dans ce vaste embrouillamini social, le vrai problème du faux. Tout en offrant une information qui facilite un «choix éclairé».

Film empreint de sensibilité, **L'Émotion dissonante** conjugue des entrevues sur le vif avec des situations types stylisées, marquées au coin d'une fiction riche de symbolique. Il met en scène les principaux protagonistes de la situation : adolescents, parents, travailleurs sociaux en milieu scolaire. On y donne une voix aux jeunes, assoiffés de communication avec leurs parents, avec la société. Aux parents, anxieux de combler leur ignorance, de vaincre leurs peurs. Aux travailleurs sociaux, déprimés par le spectacle quotidien d'une génération sacrifiée. Le tout s'exprime à travers des rencontres et soirées d'information, des confidences, discussions et débats, par une improvisation sur scène, un théâtre de jeunes, des ateliers de création collective avec jeux de rôles où s'extériorisent les regards des uns sur les autres, les attitudes mentales prédominantes, avec leurs clichés et lieux communs, stéréotypes et préjugés. Prises de bec éloquentes favorisant la riposte mais s'ouvrant sur l'humour, autre forme de l'espoir.

L'Émotion dissonante tente une explication du «phénomène-drogue». De tout temps, y dit-on, l'être humain a goûté le plaisir de se voir dans des états différents, tel l'enfant qui découvre l'enchantement de tourner sur lui-même jusqu'à perdre l'équilibre. Cette recherche des «états seconds» apparaît donc naturelle. Mais d'y parvenir par la drogue entraîne-t-il des «effets secondaires?» Des documents officiels affirment que la recherche scientifique ne permet pas de le conclure, à l'encontre de certaines «croyances populaires»...

Légale ou illégale, la drogue apparaît comme une affaire de choix personnel, un fait, positif ou négatif pour diverses raisons qui ne s'attachent pas à la substance elle-même mais plutôt à la cause de l'expérience et aux conditions dramatisantes dans lesquelles elle se produit : E = SIC («E» pour «effet», «S» pour «substance», «I» pour «individu», «C» pour «contexte»).

Un jeune homme grimpe sur le toit d'un édifice et enregistre sur cassette, en soliloquant, l'impossible message à ses parents qu'il aime...

Une jeune fille en fugue, dans une lettre pathétique, donne des nouvelles pas très «catholiques» à ses parents qu'elle aime...

À l'aéroport de Mirabel, porte d'entrée du pays, une fille «habillée bizarre» arpente nonchalamment la salle des pas perdus à la barbe des douaniers et de leurs chiens policiers, criante protestation contre une société d'uniformes postée aux frontières de la liberté...

Des interventions animées de Pierre Hébert, accompagnées d'une musique de René Lussier, se superposent parfois au tournage réel, soulignant en l'étoffant la dimension, la densité du sujet, l'exacerbant même, comme un cri du cœur...

Jean-Yves Bégin

Un film de
Fernand Bélanger

Assisté de
Louise Dugal,
Yves Angrignon

À la production :
Jacques Vallée

Interventions animées de
Pierre Hébert

Assisté de
Élaine Despins

Tournées par
Michael Cleary

À l'image :
François Beauchemin

Et une fois :
Jacques Leduc

Au son :
Yves Gendron,
Diane Carrière,
Esther Auger,
Jacques Drouin

Au montage sonore :
Alain Sauvé

À la musique :
René Lussier,
André Duchesne,
Ludwig van Beethoven,
Robert Lepage,
Bernard Buisson
et
Francine Lévesque
à l'accordéon
Robert Amyot
à la cornemuse
Offenbach
pour «Love Addict»
Lucien Francœur
pour «Elvis est mort»

Au mixage :
Jean-Pierre Joutel

Enregistrement de la musique :
Louis Hone

Consultants :
Pierre Lamarche,
Pierre-Paul Lachapelle,
Roch Tremblay,
Irène Poissant,
Thérèse Robitaille,
Jacques Delfosse,
Jean Hénaire

Coordonnatrice du projet :
Claire Nadon

Administration :
Jacqueline Rivest

Régie :
Louise Dugal,
Laurence Paré

Nous remercions :
Le Théâtre Sans Détour
L'Association P.R.A.D.
A.S.P.A.
C.I.B.L. La radio communautaire de l'est
L'Escale
Le Jardin botanique de Montréal
Le Salon de la jeunesse
L'Essence du Papier
La Maison des jeunes de Mercier

Ce film a été rendu possible grâce à une participation financière de Santé et Bien-être social Canada. **L'Émotion dissonante** fait partie du programme «Consommation des drogues chez les jeunes». Ce programme est parrainé par le Centre Alternatives Inc. en collaboration avec la Commission des écoles catholiques de Montréal.

Les opinions exprimées dans ce film n'engagent en rien ces organismes.

Une production et une distribution de l'Office national du film du Canada

Couleurs
Durée :
81 minutes 3 secondes

16 mm : 106C 0284 075
Vidéocassette :
116C 0284 075

Office national du film du Canada
National Film Board of Canada

© Office national du film du Canada 1985
Case postale 6100, Montréal (Québec) H3C 3H5
Imprimé au Canada

Vendredi a.m.
10h.30

DÉBAT AVEC PANEL

□ Charles-Yvan DESROCHERS,
Travailleur social au C.L.S.C. La Source, il a été intervenant psycho-social auprès des bénéficiaires toxicomanes de l'Hôpital St-François d'Assise de 1965 à 1980 et chargé de cours sur les toxicomanies à l'École de service social de l'Université Laval ainsi qu'à l'Université de Sherbrooke; il est en outre responsable de l'élaboration et de l'application d'un programme régional de prévention des toxicomanies en milieu scolaire (primaire et secondaire) et auprès des C.L.S.C. de la région 03 depuis 1980.

□ Sylvain LEGAULT,
Toxicomane durant neuf ans, il est actuellement bénévole au Centre Alternatives où il a effectué une démarche de réadaptation; il poursuit parallèlement des études dans le but de devenir psycho-éducateur.

□ Marcel SIMARD,
Sociologue, producteur et cinéaste, il a effectué plusieurs recherches sociologiques dont une sur le réaménagement urbain dans la Petite Bourgogne («La rénovation urbaine...c'est de la maudite marde»), et collaboré à de nombreux films, dont "Une classe sans école" et "Jacques et Novembre". Il travaille actuellement au tournage d'un film qui reconstituera, en fiction, l'année passée avec un groupe de jeunes adultes à qui la société n'a donné d'autres moyens de survie que la drogue et la violence.

□ Johanne PERREAULT, animatrice
(Voir débat de la journée précédente)

L'élaboration de la programmation et la supervision du contenu ont été réalisées sous la responsabilité du

Comité scientifique du Colloque

□ Louise NADEAU, coordonnatrice,
Née à Montréal, psychologue, elle est fondatrice et responsable du Certificat de Toxicomanies à l'Université de Montréal depuis 1978. Auteure, en collaboration, de "Va te faire soigner, t'es malade " (Stanké, 1981), d'une monographie sur "Les femmes et l'alcool " (PUQ, 1984) et de nombreux articles. Elle est également présidente du Conseil d'administration de Domrémy-Montréal.

□ Pierre BRISSON, secrétaire,
Titulaire d'une Maîtrise en Communications et oeuvrant depuis 10 ans comme pigiste dans le domaine de la toxicomanie et des communications, il possède une expérience en journalisme, en recherche, en intervention et en enseignement (chargé de cours à l'Université de Montréal, de Sherbrooke et à l'UQAM). Il est également auteur de nombreux articles et a collaboré à plusieurs ouvrages tant en toxicomanie qu'en communication.

□ Diane ARSENAULT,
Intervenante en toxicomanie depuis plus de huit ans dont sept à Portage, elle est titulaire d'une Maîtrise en Travail Social et travaille actuellement comme coordonnatrice des services de réadaptation au Pavillon André Boudreau dans les Laurentides.

□ Diane BOURGEAULT,
Diplômée de l'Ecole de service social de l'Université Laval (1973), elle est intervenante au C.L.S.C. La Source à Charlesbourg, près de Québec, où elle travaille depuis 12 ans auprès d'une clientèle adolescente d'une école secondaire. En collaboration avec des équipes multidisciplinaires, elle a développé des programmes sur les drogues (volet curatif et préventif) de même que des contenus de formation et d'intervention à l'intention des parents et des adolescents.

□ Christine OLIVIER,
Travaillant depuis six ans au Département de Santé Communautaire de l'Outaouais où elle est conseillère en programmation pour le dossier de la toxicomanie, elle est détentrice d'une Maîtrise en Santé communautaire et vient de compléter un programme-cadre de prévention en toxicomanie chez les jeunes. Elle a également travaillé cinq ans en milieu isolé et oeuvré en réadaptation physique et mentale, en oncologie, en cardiologie et au service de tranfusion sanguine de la Croix-Rouge.

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Service de formation-réseau

en collaboration avec
le Centre de formation continue
Faculté de l'éducation permanente
Université de Montréal